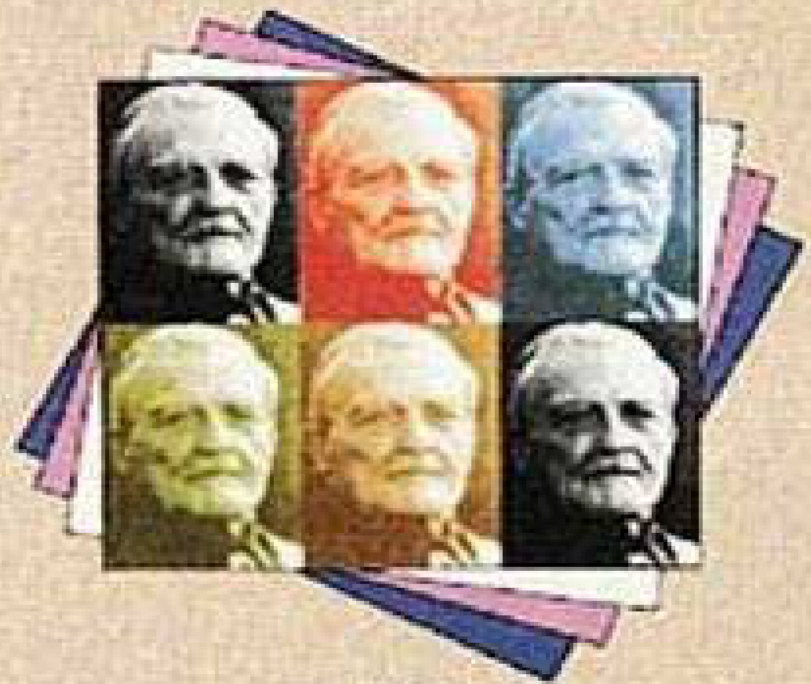
ДЖЕЙ ХЕЙЛИ

О МИЛТОНЕ ЭРИКСОНЕ



МАСТЕРА ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ
ВЫПУСК 25

SHOUT
SHARE
IT

Annotation

Знаменитость и ученик знаменитости, Джей Хейли рассказал все, что нужно знать о сути эриксоновского подхода. Биография “чародея из Феникса”, основные идеи, факты, афоризмы и даже сплетни и домыслы — какая без них легендарная личность?

Плюс интереснейшая статья о соотношении эриксоновской терапии и дзэн-буддизма, разбор великолепного демонстрационного наведения транса, еще одна статья о малоизвестных секретах мастерства Эриксона... Проведя с учителем семнадцать лет, Джей Хейли знает, что поведать читателю, и делает это блестяще.

Книга адресована всем, кто учит, лечит или по любым другим причинам интересуется тем, как помочь ближнему. Она о человеке, которому это удавалось как никому другому.

- “Необычайная психотерапия” и ее создатели
- Введение
- 1. Милтон Г. Эриксон: краткая биография (1967)
- 2. Заметки о Милтоне Эриксоне, докторе медицины (1967)
- 3. Вклад Эриксона в психотерапию (1982)
- 4. О терапии испытанием (1984)
- 5. Воспоминания Эриксона: беседа Джея Хейли иДжона Уикленда (1985)
- 6. Почему не длительная терапия (1990)
- 7. Дзэн-буддизм и искусство психотерапии (1992)
- 8. Гипнотическая демонстрация Эриксона, 1964 (1993)
- 9. Типично эриксоновское (1993)
- notes
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6

“Необычайная психотерапия” и ее создатели

Джей Хейли — во многом создатель легендарной фигуры Милтона Эриксона. Его книга “Необычайная психотерапия” имела редкий успех и не просто знакомила с эриксоновской практикой, но многих привела в психотерапию. Не обременяя себя респектабельными психотерапевтическими степенями, окончив колледж как библиотекарь, он стал участником известного проекта в Пало-Альто, где под руководством Грегори Бейтсона в послевоенные годы изучал коммуникацию в норме и патологии.

Оттуда оказалось недалеко до мало кому тогда известного Милтона Эриксона, с которым Хейли провел много лет, очень плотно работая и общаясь. Часы бесед, расшифровки магнитофонных записей, наблюдений, раздумий... Джей Хейли был прежде всего исследователем, “сбивавшимся” на практику.

Независимость профессиональных взглядов и яркость позиции делала его хулиганом в глазах многих. Его бывшая жена, Клу Маданес, одна из ведущих семейных терапевтов Америки, воспитанная в психоаналитической традиции, вспоминала, что долго отказывалась знакомиться со своим будущим мужем, возмущенная его дон-кихотскими сражениями (тогда еще не вошедшими в моду) с “мельницами” психоанализа. В то время терапия была “длинной, а “короткой” она стала после длинной истории, частью которой обязана усилиям Хейли. В России мы часто забываем об этом, сразу получив первые и последние страницы этой непростой хроники.

Джей Хейли пришел в психотерапию, показавшуюся ему скучной и малоэффективной, и стал “рыцарем исключения из правил” — рыцарем ордена, где Великим Магистром был Эриксон — Магистром, которого он признавал сам и которому заставил служить других.

Эриксон был опытным психиатром и хорошо знал, как должен “протекать” клинический случай по “правилам хорошего тона”, принятым в психиатрии, и столь же спокойно игнорировал это знание, допуская изменение жизни пациента и его судьбы — исключения из правил. Количество исключений множилось всю долгую жизнь, правила оставались.

Джею Хейли, судя по всему, с Милтоном Эриксоном скучно не стало. Одним из подтверждений является эта книга — в некотором роде стенгазета, куда Хейли в разные годы заносил свои заметки и мысли об учителе и коллеге.

Много лет Джей Хейли посвятил исследованию семейной терапии. Он издавал журнал “Семейный процесс” и фактически способствовал “семейному процессу” целой профессиональной области. Работал вместе с Сальвадором Минухиным в Филадельфии, вел собственный институт вместе с Клу Маданес, обучил не одно поколение психотерапевтов. Бывший библиотекарь, он стал энциклопедистом и автором многих книг.

Его жанр — действительно короткая, неожиданная, направленная на решения психотерапия. И есть в нем что-то от фокусника, который вот-вот достанет из шляпы “кролика” — серьезного и жалующегося на реальные проблемы клиента.

В личном общении Хейли кажется изящным, чуть робким, немного отстраненным — будто находится за прозрачной стеклянной стеной. Впечатление тем более удивительное, что производит его человек, сделавший проницаемыми так много стен и “прошедший” сквозь них.

Своей жизнью и карьерой он доказал, что исключения можно сделать правилом, и по достоинству занимает место на профессиональном Олимпе.

Леонид Кроль

Введение

Я познакомился с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном в 1953 году, посещая его семинар по гипнозу. В последний раз я встретился с ним в 1980-м, незадолго до его смерти. На протяжении этих лет я провел с ним сотни часов, исследуя гипноз, человеческие отношения и психотерапию. Никто не повлиял на мои взгляды о человеке и возможности его изменения так, как Эриксон. Времена менялись. В пятидесятые годы Эриксон считался чудаком и аутсайдером, известным в основном благодаря использованию гипноза. Его подход к лечению был необычен и противоречил всему общепринятому тогда в терапии. В последние годы жизни он уже был основателем крупнейшей психотерапевтической школы, к нему приезжало огромное количество людей. Его методами пользовались повсеместно, хотя идеи его не изменились — просто для них пришло время. На смену исчезающим традиционным приходили методы Эриксона.

Его сторонники, раньше считавшиеся еретиками, теперь превозносятся до небес. И сегодня, более чем через десять лет после его смерти, влияние Эриксона продолжает расти.

Я хотел бы вкратце описать аспекты психотерапии, бывшие общепринятыми в 1950 году. По каждому положению Эриксон предлагал противоположный подход.

Гипноз: да или нет?

Гипноз как предмет не входил в программу обучения психиатров и был, по существу, запрещен. Только в конце пятидесятых Американская медицинская ассоциация признала его право на существование.

Эриксон использовал гипноз на протяжении всей своей профессиональной деятельности и рекомендовал его для широкого применения в психотерапии. Он проводил обучающие семинары нелегально и только по выходным. Учениками его были в основном психотерапевты и стоматологи, тогда как психиатры не могли посещать эти курсы без последствий для своей репутации.

Сегодня гипноз — общепризнанный метод, его используют многие специалисты-практики, и это произошло именно благодаря идеям Эриксона.

Длительная или краткосрочная?

Психотерапевтическое лечение было длительным, фактически бесконечным. Для терапевта было обычным явлением говорить клиенту, что в течение года изменений ожидать не

следует. Часто на время лечения клиенту предписывалось отложить важные жизненные перемены — женитьбу, продвижение по службе. Психотерапевта, который осуществлял краткосрочную терапию, осуждали. Краткосрочная терапия, по мнению большинства, была поверхностной и только “замазывала” проблему, не решая ее. Длительное лечение приводило, в свою очередь, к уходу в болезнь. Пациенты хвастались друг перед другом количеством лет, отданных психотерапии.

Эриксон стремился сделать лечение как можно более коротким и в то же время эффективным. Он рассказывал о множестве случаев излечения, произошедшего за одну-единственную встречу. Как правило, он встречался с клиентом раз в месяц или еще реже, так как считал, что изменение не зависит от регулярности терапевтических встреч. Часто терапия плавно переходила в переписку с клиентом, если тот переезжал в другой город. Эриксон не считал, что за несколько сессий проводится меньшая работа, чем за месяцы или годы регулярных встреч. Кстати говоря, до сих пор нет данных, доказывающих большую эффективность длительной терапии по сравнению с краткосрочной.

Сегодня психотерапия приняла направление, в котором шел Эриксон. Длительная терапия сдает свои позиции и, похоже, исчезает. Изменилась не только теория. Страховые компании вынуждают терапевтов изучать быстрые и действенные методы. И основным источником такого мастерства является наследие Эриксона.

Директивный или недирективный?

Психотерапевты были против того, чтобы давать клиенту советы или указания. Они интерпретировали или повторяли клиенту его высказывания. Эриксон к 1950 году уже разработал и пользовался широким спектром директив — прямых и косвенных. Он давал советы и сложно выполнимые указания и отдельным пациентам, и целым семьям.

Сегодня терапевты вынуждены учиться давать указания, так как современная психотерапия развивается в именно в этом направлении. Наследие Эриксона остается одним из немногих источников как для стандартных процедур, так и для оригинальных разработок в этой области.

Ручка сковородки

Следуя традиции, психотерапевты не концентрировались на проблеме клиента. Они считали, что проблема — это только симптом, проявление чего-то более глубокого. Внимание следовало сосредоточить на глубинных корнях проблемы, а не на ней самой. Терапевты полагали, что симптомы не следует

облегчать, так как они являются проявлением некоторого скрытого процесса, над которым как раз и нужно работать. Часто после лечения симптом оставался, но считалось, что он уже не доставляет клиенту такого беспокойства, как раньше.

Эриксон работал с наблюдаемой проблемой. Однажды он сказал: “Симптом — это как ручка сковородки. Если как следует взяться за ручку, со сковородкой можно сделать многое”. Он был уверен, что клиенты легче сотрудничают с терапевтом, который работает над тем, за что они платят деньги — над избавлением от проблемы. Сегодня психотерапия стремится концентрироваться на проблеме клиента. Современные терапевты учатся исследовать симптом и изменять его, а не искать, что же за ним скрывается. Для проведения краткосрочной терапии терапевт должен как можно быстрее добиться улучшения в состоянии клиента. Время неторопливых рассуждений ушло. Однако и по сей день Эриксон остается главным источником знаний о том, как излечить симптом в кратчайшие сроки.

Должны ли мы быть нейтральными?

Ортодоксальные психотерапевты были нейтральны. Они избегали оказывать личное влияние на клиента или лично участвовать в процессе излечения. Стремясь быть “экраном”, на который клиент мог проецировать свой инсайт, они считали личную вовлеченность терапевта признаком психопатологии. С непроницаемым видом они сидели вне поля зрения пациента и вещали монотонным голосом, тем самым оберегая его от своего влияния. Когда Гарри Стак Салливан выдвинул предположение, что в терапии участвуют два человека и каждый реагирует на слова собеседника, он был с позором изгнан “из конюшни”.

Эриксон использовал самого себя как инструмент воздействия на клиента. Он убеждал, упрашивал, шутил, требовал, угрожал, звонил по телефону — то есть делал все что угодно, лишь бы добиться цели лечения. Он утверждал, что личная заинтересованность и участие — главные двигатели процесса излечения, и его диагнозы были всегда связаны с реальными людьми в реальном мире, а не с их психотерапевтическими проекциями. Сегодня терапевты пытаются определить меру личностного участия в лечении и приходят к пониманию того, что краткосрочная терапия, ориентированная на решение проблемы, не может быть нейтральной и отстраненной.

Прошлое или настоящее?

В традиционной психотерапии вплоть до пятидесятых годов основное внимание уделялось прошлому клиента. Подразумевалось, что человек приобретает проблему из-за

программирования в прошлом. Фобия была результатом прошлой травмы. Приступы тревоги подчинялись прошлому опыту. Считалось, что симптом — это неадаптивное поведение, образовавшееся на основе прошлого опыта. Ситуация в настоящем, как правило, к делу не относилась. Например, жена чувствовала себя несчастной в семейной жизни, так как проецировала на мужа свой прошлый опыт. Поэтому терапевт не стремился понять, что же, собственно, происходит в настоящий момент у нее в семье. Он никогда не говорил с ее родственниками по телефону и еще реже приглашал их к себе для беседы.

Эриксон, разумеется, учитывал прошлый опыт клиента, особенно когда применял гипноз для облегчения или изменения травматического опыта. Но помимо этого он считал, что каждый симптом имеет функцию в настоящем, и поэтому для изменения проблемы стремился воздействовать на текущую систему взаимоотношений клиента. Он всегда был готов встретиться с родственниками, с супругами или со всей семьей, если чувствовал, что для пользы дела это необходимо.

Сегодня терапевты, особенно сторонники краткосрочных методов, фокусируют внимание преимущественно на настоящем, а не на прошлом. Фактически специалисты по фобиям даже не расспрашивают пациента о прошлом и не выясняют его старые травмы. Основное положение семейной терапии сегодня сводится к следующему: симптом несет функцию адаптации человека к текущей социальной ситуации, и для устранения симптома изменена должна быть именно ситуация. Наследие Эриксона — первоисточник для терапевтов, которые ищут способы изменения отношений в настоящем.

"Хорошее" и "плохое" подсознание

Ортодоксальная психотерапия считала, что мотивация человека основана на подсознательных побуждениях. Подсознание понималось как некая реальность, наполненная отрицательными стремлениями и идеями и глубоко погребенными враждебными импульсами. Считалось, что мотивация клиента — это борьба между сознательным контролем и подсознательной агрессивностью, стремящейся вырваться на свободу. Диагностическое интервью было направлено на изучение негативных сторон личности пациента, на обнаружение подсознательных импульсов, требующих освобождения. Основным инструментом терапевта была интерпретация, необходимая для выявления мыслей и чувств клиента, слишком пугающих, чтобы помнить о них.

Эриксон предложил взглянуть на подсознание как на

позитивную силу. Следуя за этой силой, человек выигрывает. Эриксон часто приводил пример с сороконожкой, которая неосознанно прекрасно пользовалась своими сорока ножками, но попала в беду, пытаясь сознательно последить за процессом ходьбы. Эриксон подчеркивал, что нужно доверять своей интуиции и не бояться следовать подсознательным побуждениям. Например, если он что-то терял, то считал это “делом рук” своего подсознания — и действительно, вещь находилась, как только становилась нужна для чего-то важного. С этой позиции целью диагностического интервью становилось исследование позитивных аспектов бессознательного. Клиента вдохновляли продолжать делать то, что он уже делал для решения проблемы, ибо освобожденное подсознание будет вести его в нужном направлении. Эриксон не интерпретировал проявления бессознательного. Напротив, он порой внушал клиенту амнезию — чтобы тот мог забыть болезненные переживания или же помнить их в контролируемой, не пугающей форме.

Заключение

Для каждой проблемы традиционной психотерапии Эриксон предлагал решение, противоположное общепринятому в то время. Он использовал гипноз тогда, когда этого никто не делал; работал методами короткой терапии, когда единственной терапией была длительная; давал директивные указания, когда модной была недирективная терапия. Он работал с проблемой, тогда как другие — только с тем, что скрыто за ней; он был не нейтральным наблюдателем, а участником жизни пациентов; он опирался на настоящее больше, чем на прошлое; он рассматривал бессознательное как позитивную силу, импульсы которой необходимо поощрять. Все эти положения сейчас не только признаны, но и широко используются в лечебной практике. Из оригинала и аутсайдера Милтон Эриксон стал центральной фигурой в психотерапии.

1. Милтон Г. Эриксон: краткая биография (1967)

Милтон Г. Эриксон, доктор медицины, известен во всем мире как ведущий практик медицинского гипноза. Его оригинальные разработки техники наведения транса, исследования возможностей и ограничений гипнотического опыта, равно как и работы по изучению природы взаимодействия между гипнотерапевтом и клиентом значительно обогатили психотерапию.

Вероятно, менее известен тот факт, что доктор Эриксон рассматривает пути терапевтического воздействия с принципиально новых позиций. На протяжении многих лет он развивает эффектные и одновременно несложные методы лечения, не всегда включающие в себя формальное наведение транса. А как удивились бы те, кто считает Эриксона в первую очередь гипнотерапевтом, если бы узнали, что он включил себя в телефонный справочник как психиатра и семейного консультанта!

Доктор Эриксон — психолог и психиатр, принимает участие в работе Американской ассоциации психологов и Американской ассоциации психиатров. Наряду с этим он является членом Американской ассоциации психопатологии и почетным членом многих сообществ медицинского гипноза Европы, Азии и Латинской Америки. Его деятельность на посту президента-учредителя Американского общества клинического гипноза включала также и учреждение и издание профессионального журнала этого общества. Большая частная практика в Фениксе, штат Аризона, проходила наряду с постоянными поездками по стране и за рубеж для проведения лекций и семинаров по гипнозу.

Родившийся в Ауруме, штат Невада, в городе, которого уже не существует, Эриксон был одним из тех немногих, кто в крытых повозках отправился на восток. Их семья обосновалась на ферме в Висконсине. Когда Милтон был студентом-психологом

Висконсинского университета, ему довелось наблюдать гипнотические опыты Кларка Л. Халла, которые произвели на него неизгладимое впечатление. Желая попробовать свои силы, Эриксон повторил опыты самостоятельно, и с этих пор начал учиться, гипнотизируя своих друзей, соучеников, а во время летних каникул на ферме — родителей. Постепенно Милтон совершенствовал свое мастерство. На следующий год осенью он под руководством Халла принял участие в семинаре, где

рассказал о своих летних гипнотических опытах и об экспериментальной работе в лаборатории. К третьему курсу Эриксон уже имел опыт погружения в транс нескольких сотен людей, выполнил множество экспериментов и проводил демонстрации гипнотических сеансов перед учащимися Медицинской школы, студентами психологического отделения и персоналом государственной больницы Мендоты.

Получив медицинскую степень, закончив интернатуру и пройдя практику в психиатрической больнице Колорадо, Эриксон получил должность младшего психиатра в государственной больнице Род-Айленда. Спустя несколько месяцев, в апреле 1931 года, он был принят в штат Исследовательской службы при государственной больнице Ворчестера, где быстро вырос до главного психиатра службы.

Спустя четыре года Эриксон приехал в Элоизу, штат Мичиган, как директор Центра психологических исследований и тренинга при окружной больнице Уэйна. Тогда же он стал членом-корреспондентом психиатрии в Государственном медицинском колледже Уэйна, одновременно выполняя обязанности профессора клинической психологии в Мичиганском университете в Ист-Лэнсинге. Здесь, в Элоизе, Эриксон провел свои крупнейшие эксперименты и начал применять гипноз для профессионального обучения ординаторов.

Обучая психиатров и студентов-медиков, доктор Эриксон основной акцент делал на умении наблюдать. Он был убежден, что гипнотический тренинг может значительно развить эту способность. Его необыкновенная наблюдательность стала легендой. Говоря о том, что физические ограничения значительно усилили эту способность, он рассказывал: “В семнадцать лет я перенес полиомиелит. Я лежал в постели, не чувствуя своего тела, не в состоянии определить положение моих рук или ног на кровати. Часами я пытался ощутить, где сейчас моя ладонь, или ступня, или пальцы на ногах. Я стал обостренно ощущать, что такое движение. Позднее, в университете, я изучил природу мышц и придумал, как эффективнее использовать мои собственные уцелевшие после полиомиелита мышцы. Я учился хромать с минимальным напряжением — на это ушло десять лет.

Я стал обостренно воспринимать физические движения окружающих, и это было чрезвычайно полезно. Люди порой совершают мелкие предательские движения, которые многое могут сообщить опытному наблюдателю. Большая часть наших связей с окружающими отражается в движениях нашего тела, а не в нашей речи. Я обнаружил, что могу определить хорошего пианиста не по звукам исполняемой им музыки, а по тому, как

его пальцы прикасаются к клавишам. Уверенное прикосновение, нежное прикосновение, сильное и одновременно точное прикосновение. Истинная игра подразумевает изысканные физические движения”.

Доктор Эриксон не может определить хорошего пианиста по звукам музыки, так как лишен музыкального слуха. Эту свою особенность он также считает плюсом для работы. “Способ построения речи может о многом сообщить, — говорит он. — Из-за тоновой глухоты я начал обращать особое внимание на модуляции голоса и меньше отвлекаться на содержание сказанного. Многие модели поведения отражаются скорее в том, *как* человек говорит, чем в том, *что* он говорит”.

Эриксон не различает цвета, и это тоже стало для него плюсом, который он использует, например, в экспериментах с внушением цветовой слепоты под гипнозом. Один из таких необыкновенных и чрезвычайно интересных опытов был описан в статье “Гипнотическое внушение цветовых галлюцинаций с последующими псевдонегативными последовательными образами”. У испытуемых, в состоянии транса смотрящих на белый лист бумаги, вызывали цветные галлюцинации. Затем им предъявлялся другой белый лист, на котором испытуемые видели последовательный образ дополнительного цвета. Держал эти листы сам доктор Эриксон, который не мог представить себе цвета ни в трансе, ни в обычном состоянии, а значит, не мог повлиять на ход эксперимента.

Пурпурный — единственный доступный ему цвет. И хотя это не всегда уместно, он старается окружать себя вещами именно такого цвета — носит пурпурные рубашки и галстуки; ложась спать, облачается в пурпурную пижаму; а, заходя в ванную комнату, наслаждается пурпурным цветом ее стен.

Часто повторяя, что задача психотерапии — помочь человеку расширить границы своих возможностей, Эриксон всю жизнь действовал в этих границах. Когда в 1919 году он был полностью парализован, врачи сообщили, что он больше никогда не сможет ходить. Часами концентрируя внимание на мельчайших импульсах, возникающих в мышцах ног, он сначала добился еле заметных движений. Спустя год он уже передвигался с помощью костылей. Ему даже удалось найти сидячую работу на консервном заводе, чтобы собрать деньги на обучение в университете.

Когда Милтон окончил первый курс, лечащий врач посоветовал ему подобрать для летних каникул физическое занятие на солнце, с достаточной нагрузкой и не требующее участия ног. Эриксон выбрал путешествие на каноэ и в июне отправился в путь.

На сборы много времени не ушло. Он надел купальный костюм, широкие брюки, на голову — носовой платок, завязанный по углам узелками. Из провизии Эриксон взял два небольших мешочка — один с рисом, другой с бобами, немного посуды и деньги — 2 доллара 32 цента. Запас сил был еще меньше: он даже не мог сам столкнуть в воду свое каноэ, а проплыть был в состоянии не больше двух метров. И вот с таким имуществом он с июня по сентябрь пропутешествовал от озер Мадисона через Миссисипи в Рок-Ривер и назад к Мадисону. Запасы пищи он пополнял за счет рыбной ловли, сбора съедобных растений на берегах рек и озер. Иногда ему случалось выловить несколько картофелин или яблок, плавающих среди очистков в водах Миссисипи, так как повара речных пароходиков имели обыкновение весь мусор выбрасывать за борт.

Так он путешествовал, почти без припасов и денег, поначалу такой слабый, что не мог переносить каноэ через преграждавшие путь дамбы, и делал перерывы для отдыха через каждые полчаса работы веслом.

И было еще одно условие, делавшее путешествие значительно более сложным. Эриксон никогда не просил помощи у окружающих. Хотя частенько ему удавалось получить от людей то, что нужно, и без просьб. Он так рассказывал о своем путешествии: “Плывя по реке, я иногда встречал рыбацкую лодку и приближался на расстояние, достаточное для ведения разговора. Я был дочерна загорелый и на голове носил носовой платок с узелками, своим видом вызывая у рыбаков любопытство. Завязывалась беседа, и я рассказывал им, что я студент-медик и путешествую для поправки здоровья. Бывало, они спрашивали меня, как ловится рыба, и тогда я отвечал, что еще пока рановато для клева. Так или иначе, к концу беседы рыбаки давали мне часть своего улова, хотя я и не просил их об этом. Обычно они предлагали мне зубатку, большую и вкусную рыбу, но я не брал ее — ведь она дорого стоит, а рыбаки зарабатывали себе на жизнь. И взамен одной зубатки они давали мне окуней в два- три раза больше”.

Была и другая проблема — дамбы на реках. Эриксон рассказывает: “Я вскарабкивался на один из окружающих дамбу столбов. Вскоре собирались люди и с любопытством смотрели, как я сижу там и читаю книгу на немецком языке. Наконец, кто-то не выдерживал и спрашивал, какого черта я залез на столб и что я там делаю. Тогда, оторвавшись от книги, я говорил, что ожидаю, пока мое каноэ перенесут через дамбу. За этим обычно следовала добровольная помощь”.

Так, используя удобные случаи и услуги окружающих,

Эриксон совершил свое летнее путешествие, которое дало ему хорошую физическую форму и помогло расширить пределы своих возможностей. По возвращении оказалось, что объем его грудной клетки увеличился на 20 сантиметров, он мог свободно проплыть милю и грести без отдыха четыре мили против течения, не говоря уже о том, что сам переносил через дамбы свое каноэ.

Позднее, в 1952 году, произошел редкий в медицинской практике случай: Эриксон перенес полиомиелит во второй раз. Правая половина тела была полностью парализована. Но уже через год он сумел совершить одно из наиболее сложных путешествий пешком по горам Аризоны, пользуясь для опоры только двумя палками.

Эриксон покинул Элоизу и обосновался в Фениксе в основном из-за здоровья. Его частная практика проходила в уникальном обрамлении. Офис для приема клиентов находился в его доме, небольшом кирпичном здании, расположенном в живописном месте. Приемной служила гостиная, и год за годом его пациентов представляли жене и восьмерым детям Эриксона. Он принимал пациентов в кабинете, где стояли только письменный стол, несколько стульев и книжных шкафов. На стене висели портреты его родителей, которые дожили до девяноста лет, а вокруг были разбросаны и расставлены вещи, вызывающие ощущение домашнего уюта, — например, чучело барсука. Такой кабинет казался до смешного скромным для психиатра такого уровня, как Эриксон. Но сам он считал, что удобство и уют — прежде всего.

Один молодой терапевт, начинавший практику в Фениксе и подыскивавший помещение, убеждал Эриксона, что его приемная должна быть совсем другой. Доктор Эриксон ответил, что в начале его практики приемная была еще проще — там были только два стула и стол. “Но зато там был я”, — добавил он.

Помимо частной практики Эриксон проводил дома большую дополнительную работу. Жена помогала ему издавать “Американский журнал клинического гипноза”. Долгие годы Элизабет Эриксон участвовала во многих начинаниях своего мужа и была соавтором многих его статей. Они познакомились, когда она изучала психологию в университете Уэйна, параллельно работая лаборантом на кафедре. Поженились они в 1936 году. Доктор Эриксон уже был перед этим женат и имел трех детей от первого брака. У них с Элизабет было пятеро общих детей, и они были очень счастливы в семейной жизни. Миссис Эриксон однажды заметила, что у них в доме должен быть, по крайней мере, один ребенок моложе двадцати на протяжении следующих тридцати лет. Так и получилось: их младшие двое детей сейчас

еще не достигли двадцатилетия, тогда как старшие уже женились и привели своим родителям внуков.

При обсуждении проблем гипноза и психотерапии доктор Эриксон часто использует примеры из жизни своих детей. Читатели, которым интересно, что значит иметь в доме отца-гипнотизера, могут оценить статью “Гипнотерапия в педиатрии”. В этой статье доктор Эриксон описывает случай со своим сыном Робертом, иллюстрируя приемы работы с детьми, испытывающими сильную боль.

Роберт упал с лестницы, разбил губу и вогнал передний верхний зуб в челюстную кость. Сильно текла кровь, и мальчик громко кричал от боли и ужаса. Родители бросились к нему. Эриксон описывает этот случай так:

“Мы и не пытались поднять его. Вместо этого, как только он остановился, чтобы набрать воздуха для нового крика, я быстро сказал ему, просто, сочувственно и многозначительно: “Очень больно, Роберт. Ужасно больно”. Несомненно, в тот момент мой сын понял, что я знаю, о чем говорю. Он мог со мной согласиться и знал, что я тоже с ним полностью согласен. Поэтому он мог теперь ко мне прислушаться и довериться мне, ведь я показал ему полное понимание ситуации”.

Вместо того чтобы что-то внушать мальчику, доктор Эриксон продолжал в своей обычной манере:

“Затем я сказал Роберту: “И будет еще болеть”. Этим простым утверждением я выразил его страх, подтвердил его видение ситуации, продемонстрировал полное понимание сути дела и мое полное согласие с ним — ведь в тот момент ему казалось, что его страдание и боль никогда не кончатся.

Следующим нашим с ним шагом было провозглашение (в момент его очередной паузы для вдоха): “И ты очень хочешь, чтобы перестало болеть”. И снова мы были в полном согласии, и я удовлетворял и даже поощрял его желание. И это было именно его желание, идущее изнутри и заключающее в себе его настоятельную потребность.

Обозначив ситуацию таким образом, я уже мог что-то предлагать и быть уверенным в его согласии со мной. И я предложил: “Возможно, оно перестанет болеть через какое-то время, через минуту или две”.

Это предложение полностью соответствовало его собственным потребностям и желаниям и, поскольку оно содержало в себе слова “возможно, перестанет”, оно не вступало в противоречие с его собственным пониманием ситуации. Таким образом он мог принять эту идею и отреагировать на нее”.

Затем доктор Эриксон переходит к другому важному аспекту

ситуации.

“Роберт знал, что ему больно, что он страдает; он видел кровь на полу и на своих руках, чувствовал во рту ее вкус. И так же, как любой другой человек на его месте, хотел бы видеть в своем несчастье нечто особенное и желал бы какого-то особенного утешения. Никто не хочет, чтобы у него была пустячная головная боль; если уж голова болит, то пусть она болит так сильно, что только он, страдалец, и может это выдержать. Какой утешительной может быть человеческая гордость! Поэтому внимание Роберта было направлено на две жизненно важные цели, выраженные в следующих простых утверждениях: “Как много крови на земле! Какая это замечательная, здоровая, хорошая кровь! Мама, посмотри внимательно и ты увидишь. Я уверен, что это так, но хочу, чтобы ты тоже убедилась”.

Мы внимательно исследовали кровь и подтвердили, что она действительно здоровая и хорошая, но нужно было еще провести изучение качества крови на фоне белого умывальника в ванной. Таким образом мальчик, уже переставший кричать от боли и страха, был умыт. Когда его привели к доктору для наложения швов, его прежде всего спросили, выдержит ли он то, что однажды уже проделали с его сестрой. Наложение швов прошло без обезболивания, ведь мальчик был заинтересован в результате процедуры”.

Хотя у доктора Эриксона была местная практика, многие из его пациентов приезжали издалека. Одни прибывали к нему из Нью-Йорка или из Мехико, как к хирургу, другие время от времени приезжали с Западного побережья. В последнее время и его практика, и обучение сократились из-за проблем со здоровьем. Сейчас он практически все время проводит, сидя в инвалидной коляске.

Многие почитатели таланта Эриксона знают, что его подход к терапии и гипнозу недостаточно известен психиатрическому сообществу. Хотя сам он очень знаменит и популярен, его основные произведения не очень доступны. Он опубликовал более ста трудов по множеству вопросов, но читатель одной случайной статьи или слушатель единственной лекции все-таки не могут по достоинству оценить все величие работы этого человека и все то новое, что он привнес в науку и практику.

2. Заметки о Милтоне Эриксоне, докторе медицины (1967)

В каждой профессии есть люди, которых можно назвать “оригиналами”, так как они работают, значительно отклоняясь от курса, которого придерживаются их коллеги. Порой такой человек заставляет профессиональный мир следовать за собой, но чаще так и остается аутсайдером. Зигмунд Фрейд не только предложил уникальное направление, но и оставил своим последователям систему новых идей и школу. Гарри Стак Салливан не был организатором, но сила его идей и личного влияния как учителя пробила дорогу его психиатрическим методам. Как новатор в психиатрии Милтон Г. Эриксон может быть поставлен в один ряд с Фрейдом и Салливаном. Со временем станет ясно, окажут ли его идеи столь же сильное влияние.

Подобно Фрейду, Эриксон почерпнул свои основные идеи из области гипноза. В отличие от Фрейда, он остался в рамках гипнотической традиции и пришел к иным выводам о природе психопатологии и терапевтического изменения. Как и Салливан, Эриксон делает акцент на взаимоотношениях людей, а не на отдельном человеке. В отличие от Фрейда и Салливана, главный интерес Эриксона направлен на разработку разнообразных техник для достижения изменений в состоянии пациента. Его отличительная черта — гибкость, делающая этот подход не просто новым методом или даже школой. Эриксон ориентируется на конкретную проблему, стоящую перед ним. В тот период истории психиатрии, когда о специалисте судили по его принадлежности к той или иной теории или школе, Эриксон создал экспериментальную терапию.

В первой половине нашего столетия, во время профессионального становления Эриксона, в психиатрии существовало сильное противодействие каким бы то ни было новшествам. Психоанализ царил и в кабинете консультанта, и в университетской аудитории. Направление, первоначально созданное Фрейдом как исследовательское, постепенно превращалось в некий ритуализированный метод лечения, в набор повторяющихся стереотипных идей. В рамках этого процесса происходила знаменательная смена акцентов психиатрического лечения. Сложные человеческие проблемы были втиснуты в прокрустово ложе теоретических схем, а качество терапии оценивалось не по достигнутому результату, а

по степени соблюдения общепринятых “правил игры”. В такой атмосфере Эриксон развивал целый спектр терапевтических методов и настойчиво внедрял идею о том, что ход лечения должен зависеть от конкретной проблемы пациента. За последнее десятилетие идея об исследовании новых подходов овладела умами многих психиатров, что привело к появлению таких направлений, как поведенческая терапия, терапия оперантного обусловливания и семейная терапия. Мы видим, как смещается внимание с терапевтического ритуала на терапевтический результат. Уважение завоевывает не приверженность определенной школе, а умение работать с разными пациентами по-разному.

Внимательно читая труды Эриксона, можно увидеть, что идея экспериментирования проходит красной нитью через всю его профессиональную деятельность. Он как будто все время спрашивает себя: “А как поступит этот человек, если я сделаю это? А поступит ли другой иначе?” В этом смысле он посвятил свою жизнь исследованию влияния одного человека на другого. Изучая гипноз экспериментально, он определял границы межличностного влияния на сенсорный аппарат и поведение человека. Он искал ответы на вопросы: может ли он воздействовать на человека так, что тот лишится способности слышать? видеть? различать цвета? испытывать физические ощущения? сопротивляться антисоциальным воздействиям? осознавать мыслительные процессы, лежащие в основе поведения? Он исследовал и обратное: до каких пределов могут быть увеличены чувствительность и восприятие. Он изучал пределы бессознательной работы мозга и возможность влиять на восприятие человеком времени и пространства.

Серии научных трудов, посвященных данным экспериментальным исследованиям, представляют собой одну из наиболее убедительных работ, когда-либо сделанных в психиатрии. Повторение его экспериментов требует от исследователя тщательности не меньшей, чем у самого Эриксона. Прежде чем начинать эксперимент, Эриксон обычно несколько часов наводил транс. Он принимал во внимание и личностные особенности каждого объекта воздействия и огромное число различных переменных, способных повлиять на исход опыта. Он понимал, что предубежденность экспериментатора может стать серьезной угрозой для исследований, и поэтому разработал систему, позволяющую избежать симуляции и получить истинный результат. Возможно, наиболее важным является то, что он понял: лабораторные условия ограничивают природу и ценность его находок. Отсюда его стремление проводить многие эксперименты

“вживую”, в реальных социальных условиях. Сегодня, когда многие гипнотические эксперименты проводятся с помощью быстрых стандартизированных методов в атмосфере ложной объективности, работа Эриксона выглядит на этом фоне сплавом искусства и науки.

В психотерапии Эриксон применял экспериментальный подход и к изучению психических расстройств, и к способам их лечения. Когда была принята идея о том, что слова и поведение пациента — это продукт определенных типов подсознательной работы мозга, он проверил это утверждение с помощью “программирования” — встраивания идей и наблюдения за особенностями поведения субъекта. Как описывается в статье “Экспериментальные демонстрации психопатологии обыденной жизни”, он внушал субъекту определенные идеи и эмоции с последующей амнезией, а затем наблюдал за его поведением. Такая работа включала внушение “комплексов” в форме ложных воспоминаний о прошлых травмах, чтобы определить их воздействие на поведение. Лучший из известных примеров анализа взаимодействия людей содержится в его статье “Метод, примененный для создания истории комплекса в ходе индуцирования экспериментального невроза”. Детальный анализ использования тех или иных слов в рассказе о прошлом событии показывает невероятно глубокое знание Эриксоном всей сложности и запутанности межличностных воздействий. Его интерес к мельчайшим деталям поведения отражен во всех статьях, особенно в работе “Постепенное излечение обсессивной фобии с помощью коммуникаций с неожиданно выявленной двойственной личностью” (написано в соавторстве с Л.С. Куби).

Проводя исследования или лечение, Эриксон использовал разные процедуры в зависимости от нужд конкретного человека, ситуации, времени и своих собственных целей. Его подход к лечению определяется убежденностью в разнообразии человеческих проблем, а терапевтическая позиция является безгранично гибкой. Тем не менее в способах его общения с пациентами есть общий стержень, который и создает столь узнаваемый стиль эриксоновского терапевтического воздействия.

Частью проблемы при изучения терапевтической техники Эриксона является отсутствие адекватной теоретической основы, подходящей для ее описания. Его действия основываются на новых предпосылках о природе психопатологии и терапевтическом изменении, и эти предпосылки пока еще не изложены в систематизированной форме. Описывая случаи из своей практики, Эриксон стремится давать их в рамках теории гипноза, или обусловливания, или психодинамики. Однако

внимательное изучение того, что он делает, показывает, что его работа не вписывается в традиционные теории. Исследование его работы может привести к возникновению нового направления в психотерапии, но только если оно будет проведено непредубежденным человеком. С позиций традиционного мышления действия Эриксона часто выглядят неразумными; с точки зрения его подхода — неприемлемым часто кажется то, что делает традиционная психотерапия.

Эриксон всегда описывает терапевтические случаи, в деталях представляя, что делал пациент и он сам, тем самым заставляя нас изучать поведение обоих участников взаимодействия. Именно эта особенность его описаний, а также готовность признать, что психотерапия — это искусство манипуляции, создает впечатление, что его подход более манипуляти- вен, чем поход других терапевтов. Однако, если в частной беседе расспросить терапевта любой школы о том, чем он действительно занимается с клиентами, он также будет выглядеть манипулятором. И станет понятно, что многие приемы Эриксона сходны с теми, что применяют другие известные мастера психотерапии. Конечно, не каждый рискнет давать задание супругам, страдающим энурезом, мочиться в постель вместе (как это описано в статье Эриксона “Недирективная гипнотерапия семейной пары, страдающей энурезом”). Но опытные терапевты активно вмешиваются в жизнь своих клиентов и требуют от них различных типов реагирования. В то же время в их отчетах вы вряд ли прочитаете об этом. Они скорее опишут, что следовало бы сделать в соответствии с той или иной теорией, а не то, что реально делали.

Информацию о работе Эриксона можно почерпнуть из нескольких источников: статей и книг, включающих записи клинических случаев и их обсуждение, демонстраций работы с клиентом перед группой, магнитофонных записей лекций и бесед о психотерапии. Эриксона, вероятно, записывали чаще, чем любых других терапевтов. Наиболее полно методы работы Эриксона представлены, конечно же, в описаниях клинических случаев. Однако многие из его терапевтических процедур еще не записаны, и узнать о них можно только из личной беседы с Эриксоном[1]. Можно также заметить, что хотя “фактическая” сторона любого случая оставалась неизменной как в письменном, так и в устном изложении, в каждом конкретном контексте на передний план выносятся разные аспекты. В беседе Эриксон стремится подчеркнуть то, что близко и понятно его собеседнику. Читающим отчеты Эриксона необходимо помнить, что он обращается к аудитории, придерживающейся более традиционных подходов и взглядов, и поэтому старается

приспособить свою речь к такой аудитории.

Я позволю себе предложить на суд читателей некоторые обобщения, касающиеся практического и теоретического аспектов работы Эриксона, сделанные на основе информации, почерпнутой из его статей и из многочасовых записей бесед с ним[2].

Предлагаемая здесь интерпретация работы Эриксона может отличаться от его собственного видения. Его описание своей работы содержится в его статьях, а я лишь дополняю и комментирую. Читатель может сам ознакомиться с трудами Эриксона и, возможно, увидит его работу в ином свете. Некоторые практические аспекты эриксоновского подхода, вероятно, описываются впервые.

Большинство терапевтов, да и терапевтические школы в целом склонны ограничиваться лишь одним типом пациентов, но среди “случаев” Эриксона мы видим весь спектр человеческих проблем. Он облегчал боль при родах, присутствуя при начале жизни, и он же помогал человеку достойно покинуть этот мир, работая с умирающими от рака (“Гипноз при тяжелых, смертельных болезнях”). Среди описанных им случаев — разные этапы человеческой жизни: проблемы детства, трудности подросткового периода, сложности семейной жизни, кризисы зрелого и преклонного возраста. Он работал не только с невротиками и психотиками, но и стремился помогать в разрешении еще более таинственных психиатрических проблем, связанных с мозговыми травмами и физической инвалидностью (“Гипнотически ориентированная психотерапия при органических заболеваниях”).

Для Эриксона единица лечения — один человек, супружеская пара или целая семья. Он может работать с симптомом как с личностной проблемой или как с “производной” семейной жизни. Работая с супружеской четой, он предпочитает свободу выбора: вызвать на прием любого из супругов или одновременно обоих. На сеансах с детьми он может в одном случае попросить родителей удалиться, а в другом — потребовать их присутствия. Известен случай, когда он проводил “прием” всей семьи с помощью лишь одного пациента, который в трансе видел перед собой других членов семьи.

Эриксон, как правило, работает в своем офисе, но если лечение требует, он выйдет за его пределы. Дома и на работе у клиента, в зале ожидания аэропорта ему так же удобно работается, как и в собственной приемной. Он часто лечит людей, не называя это лечением, и незаметно помогает людям решить проблемы во время публичных демонстраций гипноза перед большой аудиторией или в ходе обычной беседы. Если

необходимо, он будет сопровождать клиента в той ситуации, которая вызывает симптом. Например, один молодой человек каждый раз падал в обморок при попытке войти в конкретный ресторан. Эриксон пригласил его поужинать в этот ресторан и организовал ужин так, что проблема была устранена. А однажды он катал свою пациентку, маленькую девочку, по улице на велосипеде.

Многие терапевты жестко определяют длительность приема (обычно это один час) и никогда не нарушают установленные временные рамки. Для Эриксона время — пластичный материал. С некоторыми клиентами он будет работать 50 минут, с другими встретится всего на несколько минут, а с третьими прием растянется на несколько часов. Его расписание встреч с клиентами столь же гибко: он может встречаться с ними ежедневно, или раз в неделю, или через значительные промежутки времени. Он может влиять на чувство времени у клиента с помощью техник искажения времени, или будет дезориентировать его во времени, используя техники “запутывания”, или “сокращать” время, применяя амнезию.

Курс лечения у Эриксона может быть как долгосрочным, так и необыкновенно коротким. Пациенты готовы преодолевать значительные расстояния, чтобы поработать с ним день или неделю, как будто его лечение — это хирургическая операция. С одними клиентами он будет встречаться регулярно, через определенные промежутки времени, с другими ему достаточно видеться несколько часов раз в два-три месяца. Провести терапевтический прием сразу после лекции или семинара, а то и по телефону и даже по почте — обычное дело для него.

Оплата лечения, так же как и время, становится у Эриксона орудием терапевтического воздействия. Обычно он сам устанавливает цену за лечение, но некоторым пациента поручается сделать это самостоятельно. Другие же оплачивают не количество часов, проведенных с терапевтом, а результат, полученный в ходе лечения.

Подход к лечению

Способ воздействия, как и место, время и стоимость, выбирается Эриксоном индивидуально для каждого пациента. Хотя многие процедуры лечения с похожими пациентами повторяются, что и должно происходить у человека с большой практикой, его подход предполагает, что для каждого пациента он должен быть особенным. Карл Витакер однажды сказал, что наибольшее удовольствие он получает от тех терапевтических встреч, после которых может сказать: “Да, такого я еще не делал”. Эриксон также находит в этом удовольствие, но для него это

связано скорее не с желанием быть открытым всему новому, а с неистощимым стремлением узнать: а что будет, если попробовать что-то другое?

Когда на пороге его приемной появляется энный “случай” психогенной мигрени или фобии, он может использовать любую из процедур, не раз апробированных в прошлом. Однако он скорее предпочтет некую вариацию, которая соответствует его интересам в данный момент и отвечает потребностям пациента. Именно эта вариативность и не дает его подходу застыть в форме некой обобщенной терапевтической теории. Очевидно, что в работе Эриксон руководствуется определенными принципами, ведь эриксоновскую терапевтическую процедуру узнать так же легко, как и картину кисти Пикассо. Однако поиск повторяющихся элементов в его приемах и попытки представить их в систематизированном виде потребуют упрощения, которое сведет на нет тонкости его техники. Какой толк в обобщении, утверждающем, что картины Пикассо отличаются яркими красками и угловатыми линиями? И, тем не менее, я попытаюсь сделать несколько обобщений, чтобы выделить некоторые общие черты его терапевтических приемов. Несмотря на то, что эти черты представлены здесь по отдельности, все они сливаются в единый терапевтический подход.

Терапевтическая позиция

Чтобы работать с множеством человеческих проблем, терапевт должен обладать широким спектром приемов взаимодействия с пациентом. Однажды в беседе Дон Д. Джексон описал одну из своих основных целей в терапии как расширение свободы маневрирования с пациентами. Эта же тема окрашивает и всю работу Эриксона. С одним пациентом он только сидит и слушает, другому предлагает практический совет, третьему дает сложные и тонкие директивы. Он не боится быть строгим по отношению к пациенту и предлагать ему тяжелое испытание, но если нужно, может быть и добрым. Однако его доброта — это не обычное подбадривание или выражение сочувствия попавшему в беду. Нет, Эриксон не считает это гуманным или полезным. Он совершенно свободно работает как с теми, кому нравится, так и с теми, кто его недолюбливает.

Эриксон верит, что терапевтам не следует ограничивать себя соображениями преданности методу или учителю. В одной из лекций, посвященной гипнозу и терапевтическим приемам, он так описал свою точку зрения:

“Применяя тот или иной прием или технику, важно осознавать, что ты сам как индивидуальность отличаешься от учителей, обучивших тебя этой технике или приему. Необходимо

выделить из различных техник особые элементы, которые позволят вам выразить себя как личность. Еще один важный момент в любой технике — осознание того, что каждый приходящий к вам пациент представляет собой уникальную личность, уникальную систему отношений, уникальный опыт. Ваш подход к нему должен быть выражен на его собственном языке и связан с ситуацией вашей встречи. Всегда помните, что именно пациент является важным элементом в паре “пациент-терапевт” и стремитесь избегать следования какому-то одному учению или одной технике. Выражайте свою собственную личность только до предела, который необходим для установления контакта с пациентом и вызывает у него отклик. Затем вам необходимо использовать те техники и подходы, которые дадут возможность пациенту подготовится к тому, что будет происходить.

Я не люблю авторитарных техник и предпочитаю им “разрешающие”. Это результат моего опыта. Все, что пациент делает и чему он научается, должно исходить из источника в нем самом. Невозможно навязать пациенту что- либо извне. Авторитарные техники иногда срабатывают. Подобное происходит, когда ты что-то начинаешь, а пациент принимает это и развивает в направлении, соответствующем его потребностям. Иногда пациент приходит к тебе, потому что хочет, чтобы ты взял ответственность на себя, а иногда ты сам должен это сделать. Поэтому знать об авторитарных техниках необходимо и необходимо уметь ими пользоваться. Однако эта техника должна быть именно твоя, а не чья-то.

Вы также должны осознать, что авторитет всеми понимается по-разному. Есть пациенты, которые поймут тебя, только если ты возьмешь — в переносном смысле — дубину и огреешь их по голове. Раз перед вами такой пациент, значит так и поступайте. Но думаю, за вами сохраняется право выбора, какую дубинку взять: мягкого дерева или твердого. У вас есть право определить, какой тип дубинки использовать, а затем вы воспользуетесь ею и пациент подчинится вашему указанию. Вы можете сказать пациенту: “А ну-ка, заткнись и немедленно сядь!” Это дубинка твердого дерева. Но вы также можете сказать: “Я не знаю точно, когда именно вы собираетесь сесть, но, возможно, вы попробуете сейчас придать дополнительную тяжесть этому стулу”. Фактически вы сказали то же самое, но использовали дубинку мягкого дерева, и пациент это понял. И он будет благодарен вам, потому что он *такой* пациент и потому что вы были тактичны, демонстрируя свою власть над ним.

Помните, что какой бы способ лечения вы ни выбрали, это

должен быть ваш собственный способ, ибо успешно скопировать чужой у вас не получится. В критические моменты лечения вы должны выражать себя, а не имитировать кого-то".

Ожидание изменения

Казалось бы, терапевт, чья работа заключается в изменении людей, должен ожидать изменений, однако это не всегда так. Пессимистический взгляд на возможность реального изменения в жизненном стиле пациента лежит в основе подхода многих терапевтов. Этот взгляд, вероятно, частично связан с традиционной идей о том, что психические проблемы закладываются в раннем детстве и любые изменения требуют очень много времени и усилий.

Эриксон подходит к каждому пациенту с уверенностью, что изменение не только возможно, но и неизбежно. От него исходит такая убежденность (хотя при желании он может выглядеть и неуверенным), что, кажется, его очень удивит, если изменение не произойдет. На его позитивный взгляд не влияет длительность существования данной проблемы или долгий срок предыдущего лечения. По правде говоря, он любит принимать вызов в случаях застарелой, не поддавшейся предыдущему лечению проблемы. Подходя к каждой ситуации как к новой, он допускает, что некоторые изменения происходят медленно, но он также убежден, что порой привычки всей жизни могут быть изменены за один вечер. Он действует так, будто изменение к лучшему — это нормальное развитие любого человека.

Подчеркивая позитивное

Для Эриксона нормальное поведение и личностный рост — это процесс жизни, а психопатология мешает этому процессу. В человеке позитивные силы стремятся взять вверх над негативными, и цель терапии Эриксона — помочь этому произойти. Эта нацеленность опирается на его концепцию бессознательного, находящуюся в резком контрасте с фрейдистским утверждением, что бессознательное — это трясина конфликтующих побуждений и малоприятных мыслей. По Эриксону, бессознательное — это позитивная сила, которая способна устроить все к лучшему, если ей не мешать. В качестве аналогии он приводил пример с ходьбой пешком: сознательно следя за процессом ходьбы, начинаешь спотыкаться, а отпустив его на волю подсознания, передвигаешься легко. Корни подобного отношения к бессознательному лежат в традиционном гипнозе. Следует, однако, проводить границу между тем, что Эриксон говорит о бессознательном пациенту, и тем, что он говорит, анализируя это понятие.

Вследствие позитивного отношения к бессознательному,

Эриксон не изучает отрицательные мысли или желания пациента с тем, чтобы обнаружить за ними еще худшие бессознательные желания и мысли. Напротив, в беседе всплывает одобрение позитивных аспектов мыслей пациента. Этот же подход Эриксон применяет и в работе с супружескими парами и семьями. Он не концентрируется на том, чтобы помочь супругам выяснить, насколько они враждебны друг другу. Он поможет им обнаружить лучшее в их взаимоотношениях.

Обычно то, что пациент считает своим недостатком, Эриксон определяет как достоинство. Так, например, большой нос у женщины придает ее лицу неповторимую индивидуальность, а редко посаженые зубы позволяют девочке брызгать сквозь них водой на мальчиков. Одно из главнейших умений Эриксона — его способность показывать вещи с положительной стороны, причем делать это не в виде компенсации или переубеждения. По Эриксону, позитивный взгляд — это реалистический взгляд.

Акцент на приятии того, что предлагает пациент

Наиболее парадоксальный аспект эриксоновской терапии заключается в его стремлении одновременно и принять то, что предлагает пациент, и стимулировать изменение. Психотерапия — это процесс принятия точки зрения пациента с одновременным подталкиванием его в новом направлении. Это словно повернуть поток воды так, чтобы сила потока проложила новое русло. Например, в своей статье “Гипнотические техники для сопротивляющихся пациентов” Эриксон описывает, как он работает с враждебно настроенными пациентами:

“Существует много типов тяжелых пациентов, которые, хоть и обращаются к психотерапевту, тем не менее настроены враждебно, сопротивляются, защищаются и используют малейшую возможность, чтобы продемонстрировать нежелание лечиться. ...Такое сопротивление следует принять открыто, даже с благодарностью, так как оно — жизненно важная часть взаимодействия с проблемой пациента и часто может быть использовано как брешь в его обороне. Это то, что сам пациент не осознает; напротив, он бывает подавлен, так как считает свое поведение скорее неконтролируемым, неприятным и не располагающим к сотрудничеству, нежели демонстрирующим его насущные потребности. Осознающий данную ситуацию терапевт, особенно если он искусен в гипнотерапии, может легко и быстро трансформировать это противостояние в полноценный контакт, чувство взаимопонимания и полное надежд ожидание удачного завершения лечения. ...Пожалуй, это можно проиллюстрировать примером крайней враждебности: один пациент, впервые пришедший на прием, с порога выразил свое отношение ко всем

психотерапевтам, используя выражения, мягко говоря, вульгарные. Я немедленно ответил: “Не сомневаюсь, что у вас есть веская причина сказать *это и еще кое-что покруче”*. Выделенные слова были незаметным для пациента внушением стать более открытым к общению и произвели нужный эффект”.

Подобным же образом он отреагирует и на поведение пациента, не открыто враждебного, но напуганного. Эриксон рассказывает[3]:

“Энн, 21 года, вошла в приемную нерешительно, с опаской. Она и по телефону говорила со мной точно так же, выразив абсолютную уверенность, что я не захочу ее принять. Разумеется, я настоял, чтобы она пришла. Войдя в приемную, она сказала: “Я Вас предупреждала. Мне не место среди живых. Мой отец умер, моя мать умерла, моя сестра умерла, и единственное, что мне остается, — отправиться вслед за ними”. Я заставил ее сесть и после секундного размышления понял, что единственно приемлемый для нее тип общения — жесткость и грубость. А потому именно грубость убедит ее в моей искренности. Любой другой подход, любое проявление доброты могло быть неверно истолковано. Она, вероятно, и не сумела бы поверить словам сочувствия...

Энн вкратце изложила мне свою историю, и я задал ей два важных вопроса: “Какой у тебя рост и сколько ты весишь?” Крайне удрученная, она ответила: “При росте 1 м 47 см я вешу почти 120 кг. Я всего-навсего заурядная толстая распустеха. Все вокруг смотрят на меня с отвращением”. Ее слова открыли мне подходящую лазейку. И в ответ она услыхала: “На самом деле ты всей правды не рассказала. И я собираюсь тебе ее открыть, просто чтобы ты все о себе узнала и поняла, что я о тебе думаю. И тогда ты поверишь, действительно поверишь тому, что я скажу тебе. Ты *не* простая, толстая, отвратительная распустеха. Ты — самый жирный, никчемный, омерзительный кусок сала, который я когда-либо видел, и смотреть на тебя — сущий ужас”. (Только через шесть месяцев после такого “приятия” Эриксон *позволил* девушке похудеть и стать достаточно привлекательной для замужества).

Эриксон принимает потребности своих пациентов не только в маневрах с “открыванием”. Принятие является основным мотивом всего лечения. Обычно это принятие только формы, предлагаемой пациентом, а Эриксон наполняет ее содержанием, ведущим к изменению. В качестве примера годится любой случай из практики Эриксона, но один из наиболее эксцентричных описан в его статье “Особые техники краткосрочной терапии”. К Эриксону обратился за помощью молодой человек призывного возраста, который мог мочиться только через деревянную или

металлическую трубку длиной в 25 см. Эриксон согласился с необходимостью такой процедуры и убедил парня воспользоваться для данной цели еще более длинной бамбуковой трубкой. Согласившись, что длину и материал инструмента можно изменять, молодой человек был вскоре подготовлен к идее о том, что его пальцы вокруг пениса также образуют вполне подходящую трубку. Последним шагом стала мысль, что пенис и сам по себе является неплохой трубкой.

Эриксон делал особый акцент на принятии симптомов, считая их способом общения пациента и терапевта. Если пациентка заявляет, что ее головные боли — жизненная необходимость, Эриксон согласится с ней, но поставит вопрос о длительности головной боли, частоте возникновения, и наконец, убедит пациентку, что испытывать боль один раз в год — вполне достаточно. Порой приятие является — частью “контракта” между Эриксоном и клиентом. Я вспоминаю одного фермера, который, придя к Эриксону, назвал себя немым придурком. Эриксон принял такой ярлык, но подвел пациента к мысли, что даже немой придурок вполне может научиться печатать на машинке — просто чтобы тренировать пальцы; вполне может читать, например, поваренные книги — чтобы лучше готовить; и даже учиться в колледже, чтобы понять, сколько же экзаменов ему удастся провалить. И только когда этот фермер поступил в колледж, Эриксон расторг “соглашение” считать его немым придурком.

Похоже, процесс “принятия” взят Эриксоном прямо из техники гипноза, где сопротивление гипнотизируемого не осуждается, а, наоборот, поощряется. Если гипнотерапевт просит почувствовать в руке легкость, а гипнотизируемый заявляет, что рука, наоборот, тяжелеет, гипнотерапевт говорит, что это замечательно, и пусть она станет еще тяжелее. Подобная реакция свидетельствует об установившемся контакте и определяет сопротивление как изменение в ощущениях. Терапевтические процедуры Эриксона следуют этой традиции принятия и поощрения предложений пациента. Тем не менее принять идею пациента о его несчастности не означает укрепить в нем потребность быть несчастным, как это может показаться с точки зрения наивного взгляда на теорию обусловливания. За принятием может последовать движение в сторону изменения, а изменение скорее произойдет, если сначала будет принята потребность клиента быть несчастным.

Акцент на спектре возможностей

Эриксон не только сам использовал широкий спектр терапевтических подходов, но и для клиента допускал широкий

спектр типов поведения. Пациенты часто считают свое положение чем-то вроде ловушки, из которой есть только один возможный выход, причем неприемлемый. Эриксон видел жизнь во всем великолепии ее проявлений. Существует множество профессиональных путей, бесконечное разнообразие оттенков взаимоотношений с близким человеком и неисчислимое количество толкований одной и той же ситуации. Эриксон может создать из ограниченного взгляда пациента на ситуацию несколько вариантов или разрушить этот взгляд и дать пациенту возможность обнаружить множество иных точек зрения на проблему. Его умение переопределить отрицательные для пациента стороны жизни в положительные — один из способов изменить точку зрения пациента. А с теми, у кого система установок особенно жесткая, Эриксон будет использовать шутки, каламбуры и головоломки. Когда пациент настаивает, что он абсолютно прав и прекрасно знает причину того или иного явления, Эриксон предложит ему расположить двенадцать деревьев в шесть рядов по четыре дерева в каждом. И когда пациент убедится, что задание невыполнимо, Эриксон покажет ему, как легко это можно сделать.

Стремление взять ответственность на себя

Вопрос об ответственности является центральным в психотерапии. Некоторые терапевты не согласны с тем, что всю ответственность за принятие жизненно важных для себя решений должен нести пациент и терапевт не вправе оказывать ни малейшего влияния на эти решения. Однако каждый, кто обучен мастерству гипноза, достаточно осведомлен о межличностном воздействии, чтобы понимать, что терапевт не может *не* оказывать влияния на принятие пациентом жизненно важных решений. Вопрос здесь не в том, следует ли принимать на себя ответственность за пациента, а скорее в том, как определить границы этой ответственности.

Эриксон считает, что он влияет на жизнь пациента, даже когда старается не делать этого, и задача в том, как сделать влияние эффективным и как определить, назвать происходящее. Если пациент просит дать указание, многие терапевты постараются прежде всего переложить ответственность с себя на пациента. Эриксон с некоторыми пациентами поступит именно так, но в то же время он готов полностью взять ответственность на себя, если чувствует, что это необходимо. Он готов вмешаться в жизнь пациента с требованием сменить работу, место жительства или тип поведения. Пациенту, который испытывает трудности в отношениях с родителями, он готов сказать: “Оставь мне своих родителей”. В то же время Эриксон рассматривает

терапию как процедуру, подразумевающую, что пациент несет ответственность за свою жизнь.

Стараясь отвечать за пациента и направлять его, Эриксон стремится и к противоположному — возлагать всю ответственность за изменение на пациента, вплоть до того, что позволяет пациенту самому решать, что и как будет происходить во время лечения (см. статью “Бремя ответственности в эффективной психотерапии”). Эриксон полагает, что решение об уровне ответственности, как и о других спорных моментах, следует принимать, исходя из особенностей каждого конкретного пациента, а не руководствуясь неким общим правилом.

Изменение поведения-симптома

Эриксон рассматривает поведение-симптом как нарушение жизнедеятельности человека. Он озабочен не поисками “корней” симптома в способе клиента формировать и воспринимать идеи, а функцией симптома в жизни клиента. Цель терапии — превратить поведение-симптом в такое поведение, которое будет выполнять позитивную функцию в дальнейшей жизни пациента. Эриксон работает с симптомом напрямую, не обсуждая с пациентом, что же “стоит за” симптомом. В одних случаях он настраивает пациента на новый способ поведения, в других “блокирует” симптом, чтобы тот больше не мог проявляться. Эриксон добивается этого, по-другому называя поведение, изменяя его приказом или же предлагая клиенту испытание, которое сделает симптом невозможным. Например, если пациент, испытывающий стыд и чувство вины за мокрую постель, сможет временно испытывать те же чувства за сухую постель (этот случай описан в “Специальных техниках краткосрочной терапии”), он постепенно избавится от симптома. Точно так же, если молодой человек, страдающий энурезом, должен вставать в полночь, проходить милю и снова забираться в мокрую постель, он рано или поздно дойдет до точки и вынужден будет избавиться от энуреза. Эриксон довольно часто предписывает клиентам тяжелые испытания, которые в тоже время полезны для них — например физические упражнения. Таким образом, пациент в любом случае вынужден совершенствоваться: либо выполняя “урок”, что приносит ему пользу, либо избавляясь от симптома, чтобы избежать трудного “урока”.

Терапевты, никогда не добивавшиеся прямого облегчения симптомов, склонны считать непреложным фактом заблуждение о том, что пациент, избавясь от одной проблемы, неизменно разовьет в себе что-нибудь еще худшее. У Эриксона — или у других психотерапевтов, работающих похожими методами, — такого никогда не происходило. Обычно, если человек изменял

поведение-симптом в одной области, он одновременно избавлялся от расстройств и в других областях. Временами Эриксон предлагает альтернативу симптому; чаще он считает само собой разумеющимся, что при правильном лечении пациент после исчезновения симптома сам вырабатывает более позитивный способ жизнедеятельности.

Изменение происходит во взаимодействии с терапевтом

Эриксон относится с большим уважением к роли идей в изменении жизни человека, однако считает, что идея действует наиболее эффективно, если сочетается с особым типом отношений. Одной из основных целей в его работе с пациентами является установление тесных взаимоотношений, при которых все, что он говорит и делает, приобретает для пациента огромную важность. Он не думает, что близость возникает сама по себе, как при отношениях “спонтанного” переноса. Он рассматривает ее как результат намеренных действий по отношению к пациенту и действий пациента по отношению к нему. В рамках тесных взаимоотношений с пациентом, через сотрудничество или сопротивление Эриксон подводит его к изменению. Иногда он предлагает рисунок поведения, и пациент принимает его и обнаруживает, что изменился. Иногда Эриксон убеждает пациента измениться, заставляя его бороться и сопротивляться. Например, в статье “Психотерапия, ориентированная на гипноз, при органическом заболевании” он так описывает создание мотивации у пациентки:

“Разработанный план был сложен и требовал полной отдачи. Иногда план менялся не только каждый день, но и в течение одного дня, чтобы за исключением нескольких оговоренных пунктов пациентка никогда не знала, чего ожидать. Даже то, что повторялось часто, не давало ей возможности понять смысл происходящего. В результате пациентка все время боролась, пыталась понять, растерянно сопротивлялась и находилась в таком эмоциональном состоянии, что гнев, замешательство, отвращение, нетерпение и сильное, почти жгучее желание взять на себя ответственность и действовать правильно и разумно стали непреодолимыми. (Интересно, что, когда данная статья писалась, пациентка очень интересовалась, что будет в нее включено, и отмечала, что “чем сильней я вас ненавидела и злилась на вас, тем сильнее я старалась”.)

Этот пример показывает, что доктор Эриксон часто дает пациентам читать статьи, описывающие их случаи, чтобы удостовериться в точности изложения”.

Эриксон часто рассказывает о случаях, когда пациент излечивается, стремясь доказать, что терапевт не прав. Например,

в “Особых техниках краткосрочной терапии”, речь идет о невесте, пребывавшей в панике перед вступлением в брак. Эриксон составил для нее инструкцию — перечень дней недели, в которые секс разрешен. При этом самым предпочтительным днем он называл пятницу. Он пишет: “Этот перечень дней недели, с особым упором на пятницу, повторялся и повторялся, пока она не начала выказывать явного раздражения”. В следующую пятницу муж этой женщины сообщил: “Она просила, чтобы я рассказал вам, что случилось вчера ночью. Все произошло так быстро, как никогда раньше. Она буквально изнасиловала меня. И еще до полуночи она разбудила меня, чтобы снова заняться этим. А сегодня утром она начала смеяться, и когда я спросил о причине веселья, она просила передать вам, что это была не пятница. Я сказал, что сегодня же пятница, а она все смеялась и говорила, что вы поймете, что это была не пятница”. Эриксон завершает эту историю так: “За той ночью последовала долгая и счастливая семейная жизнь, покупка дома и рождение с промежутками в два года трех желанных детей”.

Временами он добивается усиления сопротивления клиента, чтобы тот, доказывая неправоту Эриксона, соглашался выполнить его указания. Например, в работе “Идентификация безопасной реальности” он уговаривал беспомощную мать усесться на своего беспокойного сынка и просидеть на нем несколько часов. Он сообщает, что она приводила различные возражения против такой процедуры, однако Эриксон в ходе беседы вынудил ее признать, что все возражения не важны, кроме одного главного — она слишком тяжела, чтобы сидеть на ребенке. Поскольку это был единственный спорный вопрос, Эриксон сказал, что на самом деле ее вес вряд ли способен удержать мальчика на полу и тогда она поймет, какую ценность имеет вес (он также работал с ее ожирением). Она не поверила ему и захотела доказать, что он ошибается. Единственным способом опровергнуть Эриксона было сесть на сына, и когда она сделала это, то почувствовала, что ей еле хватило ее веса.

Если вопрос об одержании победы над терапевтом становится для пациента слишком важным, Эриксон готов проиграть. Когда пациент почувствует себя победителем, у него возникнет желание сотрудничать, которое приведет к изменению.

Именно способность Эриксона находить решения, компромиссы и идеи для разрешения казалось бы неразрешимых проблем делает его работу с клиентами столь мудрой. Терапевты, мечтающие освоить его подход, часто чувствуют, что не могут придумать решения, так легко возникающие у Эриксона. Однако тому, кто пробует эриксоновский подход, подобные идеи очень

скоро начинают казаться очевидными для решения проблем. И конкретные решения приходят, когда терапевт начинает собирать воедино базовые положения эриксоновской теории.

Использование анекдотов

Хотя Эриксон, кажется, не писал об этом, в своей работе с пациентами он использует истории и анекдоты. Он учит с помощью аналогий, связь которых с проблемой пациенту обнаружить порой нелегко. Эти анекдоты могут быть историями из личного опыта и опыта прошлых пациентов или же историями и шутками, являющимися частью общего культурного багажа Эриксона и его пациентов. Подобно любому хорошему учителю, он облекает идеи в форму притчи, особенно такие идеи, которые невозможно передать буквально. Порой он использует истории и анекдоты, стараясь “застолбить” идею для пациента, чтобы тот не забыл ее или согласился с чем-то, что раньше казалось ему неприемлемым. Например, Эриксон утверждает, что человек под влиянием идеи за несколько секунд может отказаться от привычки всей своей жизни. В подтверждение он рассказывает историю про санитара, который двадцать лет каждый день за обедом выпивал молочный коктейль. Однажды, когда он, как обычно, готовил себе коктейль, нянечка сказала ему, что вот уже несколько дней невозможно достать коровьего молока и все это время он готовил себе коктейль из женского молока. Он выплеснул коктейль и никогда больше не пил его за обедом, тем самым изменив многолетней привычке. А заставила его сделать это некая идея, ведь разницы во вкусе он так и не почувствовал.

Отметим, однако, что эриксоновская терапия не состоит преимущественно из обсуждений или обучения. Он совмещает, переплетает обсуждение и действие, причем действие происходит как в его кабинете, так и вне его.

Готовность отпустить пациента

Стремясь взять на себя ответственность и направить пациента в нужном направлении, Эриксон в то же время не выглядит озабоченным чрезмерной зависимостью пациентов. Рамки, которые он устанавливает для терапевтических взаимоотношений, дают понять пациенту, что их отношения временные и существуют лишь для достижения конкретной цели. Так как Эриксон не использует “осознание” отношений как способ держать дистанцию между собой и пациентом, существует опасность слишком тесного контакта. Однако одно из проявлений парадоксальности его подхода состоит в том, что он с первых шагов контакта умудряется начать его завершение, поэтому будущее расставание становится одной из сторон установившейся близости. Позитивизм и уважение к пациенту диктуют

стремление Эриксона начать изменение, а затем отпустить пациента, чтобы позволить изменению развиваться дальше самостоятельно. Он не позволяет в угоду лечебным установкам увековечивать расстройство пациента, как это порой происходит в длительной терапии. Он не считает терапию тотальным уничтожением или исцелением всех настоящих и будущих проблем пациента, а потому его цель — расстаться с пациентом. Его подход состоит в том, чтобы убрать помехи и препятствия и тем самым дать пациенту возможность развиваться в собственном направлении. Процесс расставания становится частью естественного курса терапии с того момента, когда Эриксон переходит на нерегулярные встречи и начинает делать перерывы на неопределенное время. Перерывы и последующие встречи сохраняют его значимость в жизни пациента и в то же время предоставляют пациенту свободу для развития изменений.

Теория эриксоновского подхода

Для читателя должно быть очевидно, что терапевтический подход, вкратце описанный здесь, значительно отличается от обычных теорий психопатологии и терапевтического изменения.

В то время, когда Эриксон создавал свои методы, в психиатрии и психологии были разработаны две основные теоретические системы — психоаналитическая теория и теория оперантно- го обусловливания. Во многом отличаясь друг от друга, обе эти теории основываются на следующих предпосылках.

1. Единицей наблюдения и лечения является индивид.

2. Фокус внимания сосредоточивается на прошлом человека. Настоящее оказывает вторичное, если не минимальное, воздействие на его поведение. С точки зрения психоанализа, человек есть отражение инфантильного невроза и прошлых травм, которые оказали и продолжают оказывать динамическое воздействие на его восприятие и поведение. По теории обусловливания, поведение человека в настоящем — это продукт прошлого обусловливания, встроенного в неврологический процесс.

3. Все, что человек говорит или делает, должно рассматриваться как сообщение о происходящих в нем процессах. Его симптомы — это отражение его бессознательных динамических конфликтов или его обусловленных способов восприятия и поведения.

4. Теоретическая задача состоит в том, чтобы создавать метафоры внутренних процессов, наилучшим образом объясняющие поведение человека.

Цели и техники психотерапии вытекают из данного определения сферы психиатрического действа. Целью

психотерапии должно быть изменение внутренних процессов личности. В психоанализе терапевт стремится изменить внутреннюю динамику бессознательного. В терапии оперантного обусловливания терапевт стремится снять предыдущее обусловливание и развить новые результаты восприятия. При этом снятие ранее обусловленного достигается с помощью лекарств или специальных техник угнетения, или же терапевт подкрепляет новые впечатления и подавляет старые процедурами вербального обусловливания. В психоанализе пациенту обеспечивается инсайт, объяснение бессознательному и в ходе интерпретации искажений переноса происходит осознание вытесненного.

Такое определение терапевтической задачи привело к возникновению в психиатрии идеи о могущественности терапии. В терапии, основанной на психоанализе и теории обусловливания, подразумевается, что успешное лечение “очистит” человека от всех его проблем и избавит от трудностей до конца дней его. Если влияние прошлого устранено, человек никогда больше не станет ни невротиком, ни психотиком и будет легко решать все дальнейшие жизненные проблемы. Любое лечение, приведшее к меньшим результатам, считается простым устранением переноса, социальной адаптацией, угнетением симптомов или поддерживающей терапией. Уникальная идея психоанализа заключается в том, что успешным может быть только длительное лечение, а краткосрочная терапия — неэффективна по определению.

Главная заслуга этих теорий состоит в том, что они согласуются со своими предпосылками и достаточно разработаны, чтобы стать основой, удобной для обучения. Главный их недостаток — в том, что в основе их лежит аксиома, что взрослый человек живет автономно, в одиночестве и не взаимодействует с другими людьми. Следовательно, влияние социальных связей пациента не принимается во внимание и даже не осознается. За рамки лечения также выносится вопрос о последствиях изменения человека для его близких. Так как единицей измерения является индивид, в рамках этих теорий невозможно описать взаимодействие терапевта с пациентом. И последний недостаток, особенно свойственный психоанализу, — это отсутствие доказательств, что “глубокая” длительная терапия приводит к терапевтическим изменениям.

Какими бы ни были достоинства этих традиционных теорий или основанных на них способов лечения, по большому счету при описании терапии Эриксона они не нужны. При изучении его работы с пациентом становится ясно, что для него единицей

наблюдения является не отдельный индивид и что он не особенно озабочен прошлым пациента. Предметом внимания Эриксона является текущая ситуация клиента, а симптомы он рассматривает как способ приспособления пациента к этой ситуации. Эриксон считает поведение-симптом не просто сообщением о внутреннем состоянии человека; оно также является способом общения человека с другими и с самим собой. Он не подходит к пациентам с намерением “очистить” их от всех проблем на вечные времена. Напротив, он вторгается в жизнь попавшего в затруднение человека лишь для того, чтобы тот сумел разрешить стоящую перед ним проблему и подняться на более результативный уровень функционирования в реальном мире. В своей обычной практике Эриксон не использует процедур снятия обусловленного ранее поведения или техник вербального обусловливания, он не поощряет инсайт и не интерпретирует перенос. Эриксон опирается на совершенно иную систему предпосылок о том, что такое психопатология и что с ней следует делать. Эти предпосылки пока еще не собраны в последовательную теорию и не будут собраны, пока не будет разработана теоретическая модель, описывающая процессы межличностных взаимодействий. Эриксон сделал необходимый первый шаг в развитии межличностной теории, разработав действенную процедуру стимулирования изменений во взаимодействиях людей друг с другом.

Созданное Эриксоном может быть проиллюстрировано с помощью коммуникативной теории. Грегори Бейтсон однажды предложил рассматривать каждое действие или высказывание человека одновременно и как сообщение, и как команду. Человек, который говорит: “Я чувствую себя несчастным” — посылает сообщение о своем состоянии. Одновременно он командует, или направляет, или воздействует на того, с кем он в этот момент говорит, — воздействует, по меньшей мере, указанием: “Обращайся со мной как с человеком, который чувствует себя несчастным”. Традиционная психология и психиатрия рассматривала в качестве объекта изучения изолированного человека, и в его высказываниях отмечалось лишь сообщение. Когда человек говорил: “Я боюсь” — это утверждение воспринималось только как сообщение о его состоянии. Теоретическая задача заключалась в объяснении его состояния. Другой пример: если человек во время разговора прикрывает рот рукой, его жест будет, скорее всего, истолкован как проявление бессознательного желания не говорить. Слова или действия человека считались сообщениями, объясняющими его внутренние эмоции и процессы восприятия.

Эриксон делал акцент одновременно и на сообщении, и на команде. Он считает, что любое высказывание адресуется другому человеку, поэтому в описание необходимо включать их обоих. Когда гипнотизируемый говорит, что рука стала легкой, он не просто сообщает о своих ощущениях — с точки зрения Эриксона, он одновременно делает гипнотизеру заявление либо о сотрудничестве, либо о сопротивлении. Возбужденный пациент, заявляющий, что не может усидеть на месте от волнения, не просто сообщает о своем состоянии. Он одновременно командует терапевту или заставляет того вести себя с ним соответствующим образом. Такое понимание человеческого поведения делает невозможным адекватное описание эриксоновской терапии в рамках психоанализа или теории оперантного обусловливания, потому что их поле зрения ограничено человеком, изолированным от окружающего мира.

В теории обусловливания есть идеи, которые, если несколько расширить угол зрения, подходят для описания терапевтического подхода Эриксона. По Эриксону, стимулы никогда не бывают единичными: не существует единичного стимула и единичной реакции или единичного подкрепления. Всегда есть множественные реакции и множественные подкрепления, возникающие одновременно и часто противоречащие друг другу. Эриксон объясняет, что человек может так сказать “нет”, что оно будет значить “да, нет, возможно или интересно, что ты имеешь в виду”. Каждое сообщение всегда рассматривается с многих сторон. В русле тех же идей Эриксон склонен в терминах обусловливания рассматривать не индивида, а ситуацию. Если он добился того, что жена начинает по-другому вести себя с мужем, муж, в свою очередь, будет вести себя с ней по-другому, а значит возникнет и будет развиваться новая система взаимодействий. Это обусловливание, создаваемое новыми подкреплениями, но, чтобы поместить то, что он делает, в традиционные рамки, необходимо расширить значение этих терминов так, чтобы они охватывали и множественные уровни, и социальные связи.

Читая Эриксона, понимаешь, что слова, имеющие традиционное значение в рамках психологии индивида, имеют у него иное значение. Например, слово “симптом” традиционно значит “отражение бессознательного конфликта, проявление в поведении чего-то, что своими корнями лежит во внутренней психической жизни”. Эриксон в своих последних работах называет симптомом способ поведения, который несет функцию социальной адаптации и сам по себе является тяжестью для пациента. Симптом имеет социальную функцию, и цель лечения — изменение поведения-симптома, а не того, что

предположительно стоит “за” ним. Если у симптома и есть “корни”, то они лежат в социальных связях человека.

Другой термин, переопределенный Эриксоном, — гипноз. Традиционно гипнозом называлось состояние человека. Внимание сосредоточивалось на внушаемости гипнотизируемого, глубине его транса и т. д. Эриксон включил в описание и гипнотизируемого, и гипнотизера. Когда он говорит о “гипнозе”, он имеет в виду не только процессы, происходящие внутри гипнотизируемого, но и взаимодействие между обоими участниками действия. Соответственно, акцент делается на гипнотизере, добивающемся сотрудничества с гипнотизируемым, работающем с сопротивлением гипнотизируемого, получающем информацию о том, что происходит, и т.д. Из-за столь широкого определения гипноза порой бывает трудно понять, загипнотизировал Эриксон пациента или нет. Он использует тип взаимодействия, называя его гипнотическим, хотя формально, в традиционном смысле этого термина, индуцирования гипноза не было. То, что он ввел в определение гипноза двух людей, требует для этого древнего феномена новой формулировки.

Еще более яркий пример того, как Эриксон переопределяет термины, — понятие “бессознательное”. По традиционному определению, бессознательное — это нечто, относящееся к одному человеку, нечто внутри одного человека. Эриксон рассматривает “бессознательное” иначе, и это имеет заметное влияние на его терапевтические процедуры.

Понятие бессознательного возникло в результате исследований гипноза последней четверти девятнадцатого века. Когда испытуемый в трансе следовал внушениям и не мог объяснить, почему он делает то, что делает, возникла необходимость заявить о присутствии внутри человека некой мотивирующей силы, лежащей за пределами его сознания. Развивая эту идею, Фрейд высказал гипотезу, что бессознательное — это часть разума, содержащая динамические инстинктивные силы, которые определяют мышление и поведение человека. Фрейд также интересовался всеобщим языком, или логикой, бессознательного разных людей. Юнг впоследствии назвал сходство в бессознательном разных людей термином “коллективное бессознательное”.

Я думаю, что Эриксон в своем наборе предпосылок заменил традиционный взгляд на бессознательное. Он начал с изучения бессознательного формирования идей и различий между сознательным и бессознательным мыслительными процессами. Пример можно найти в его работе “Использование автоматического рисования при интерпретации и облегчении

состояния острой обсессивной депрессии". Затем он пошел дальше, чтобы понять, может ли бессознательное одного человека улавливать и понимать то, что производит бессознательное другого. Вместе с Лоуренсом Куби он написал "Перевод зашифрованного автоматического письма одного гипнотизируемого другим в трансе как состоянии диссоциации". Комментируя то, что один человек сумел точно расшифровать результаты автоматического письма другого, авторы пишут: "Наблюдение под новым углом освещает известный факт, который часто отмечается изучающими бессознательные процессы, но который, тем не менее, до сих пор остается абсолютно загадочным; находясь под многообразием сознательно организованных аспектов личности, бессознательное говорит на поразительно унифицированном языке; более того, этот язык имеет свои законы, столь постоянные, что бессознательное одного человека лучше приспособлено для понимания бессознательного другого, чем сознательные стороны их личностей".

Следующим шагом Эриксона стало, как мне кажется, предположение, что язык бессознательного не просто выражает то, что у человека на уме. Это также и способ общения *с* другим человеком. Это значит, что мы общаемся как с помощью сознательного языка, так и с помощью языка бессознательного, который мы понимаем и на который отвечаем. У бессознательного языка иной код: он очень краток и насыщен, в нем нет ощущения времени и т.д. Общение осуществляется через движения тела, интонации голоса, а также метафоры и аналогии, скрытые в нашей речи.

Если допустить, что Эриксон действует, исходя из предпосылки о существовании по меньшей мере двух уровней коммуникации, один из которых можно грубо называть сознательным, а другой так же грубо — бессознательным, тогда многие его действия становятся более понятными. Он считает способность понимать бессознательную коммуникацию основным умением терапевта. Его собственная способность расшифровывать язык тела стала уже легендой. Он любит подчеркивать, как важно для терапевта вовремя заметить, что пациент утвердительно кивает или отрицательно качает головой в такт или не в такт своим словам, что женщина прячет свою сумочку под шарфом в моменты, казалось бы, абсолютной искренности и т.д. — ведь существует бессчетное количество знаков невербальной коммуникации. Он говорит, что замужняя пациентка, как правило, на первом же приеме раскроет своей манерой сидеть, что изменяет своему мужу, и при этом сделает это точно так же, как и любая другая представительница ее социального класса.

Однако Эриксон не предлагает интерпретаций, которые бы перевели бессознательный язык в сознательный. Он относится к ним как к двум разным, но одинаково приемлемым стилям коммуникации. То, что он понимает под “принятием” пациента, на самом деле, принятие этого множественного способа коммуникации. Например, он никогда не скажет пациенту, что раз тот во время беседы прикрывает рот рукой, значит, он бессознательно выражает желание о чем-то не говорить. Напротив, Эриксон принимает этот жест как вполне адекватный способ сообщить некоторую информацию. Если привлечь внимание пациента к его жесту, можно нарушить коммуникацию и не добиться полезного результата. Вероятнее всего, у пациента возникнет стремление осознавать те способы коммуникации, которые лучше всего работают на неосознаваемом уровне.

По Эриксону, имеет смысл говорить о чем-то одном и одновременно общаться на предмет иных материй. Например, он читает лекцию, одновременно гипнотизируя одного из слушателей, или он беседует с пациентом на кажущуюся совершенно заурядной тему, одновременно с помощью движений тела и интонации ведя разговор о чем-то очень важном для пациента. Многие из движений, которые любой терапевт совершает “естественно”, Эриксон использует умышленно — например, меняет положение тела в соответствии с реакциями клиента или изменяет высоту голоса соответствии со значимыми движениями тела. Он использует речевую коммуникацию только как один из множества способов общения, например, гипнотизируя человека, не говорящего по-английски, он показывает, что транс может быть наведен и с помощью неречевого поведения.

С этой точки зрения становится понятным упоминаемое Эриксоном “бессознательное осознание”. Чтобы общаться с человеком через “бессознательное”, на каком-то уровне мы должны понимать, что делаем, иначе не сможем ни поправить себя, ни получить от другого сообщение, ни ответить ему. Хотя этот процесс может идти у нас вне сознания. Следовательно, когда мы взаимодействуем по меньшей мере на двух уровнях коммуникации, должно существовать по меньшей мере два уровня “осознания”. Наиболее характерной чертой Эриксона является то, что он позволяет этим двум уровням существовать отдельно друг от друга, не пытаясь привлечь к ним внимание пациента. Эриксон желает общаться, используя оба кода и позволяя им независимо друг от друга выполнять свои коммуникативные функции.

Причина терапевтического изменения

В эриксоновском подходе к работе с пациентами заложена идея о том, что психическая проблема по своей природе межличностна. В том, как пациент обращается с другими людьми и как другие обращаются с ним самим, заключается причина его огорчения и ограниченного поведения. Поэтому вопрос о том, как изменить человека, превращается в вопрос о том, как изменить его отношения с людьми, включая терапевта. При таком понимании проблемы прошлые теории о “причине” терапевтического изменения не подходят. В какой-то момент своей профессиональной карьеры Эриксон довольно резко отклонился от веры в то, что человек изменится, если узнает, почему он такой, какой есть, или что скрывается “за” его проблемой. Невозможно понять его терапевтический подход, если считать терапию процессом перевода бессознательных идей на сознательный уровень или помощью человеку в понимании того, как он общается с другими. Эриксон не помогает человеку ни осознать влияние его прошлого на его настоящее, ни понять, почему он такой, какой есть, и как он относится к другим. Его отчеты о клинических случаях не содержат высказываний, типичных для многих терапевтов: “Давайте попробуем немного прояснить, что за этим стоит”, или “Заметили ли вы, что говорите о ней точно так же, как и о своей матери?”, или “Такое впечатление, что вы реагируете на меня, как будто я кто-то другой”, или “Что вы чувствуете по этому поводу?”, или “Вы выглядите раздраженным”. В его подходе не используется метод отстранения пациента и анализа того, что тот говорит и делает (кроме случаев, когда пациент действительно хочет провести такой эксперимент, и тогда Эриксон может очень живо провести подобный опыт с помощью техник гипноза). Если пациент ведет себя так, как будто попал к могущественному волшебнику, Эриксон не будет с ним спорить. Он может использовать это для внушения изменений или “сдвинуть” поведение пациента так, что и восприятие его поменяется, но он убежден, что попытки “просветить” человека не принесут пользы. Поэтому бывшие пациенты Эриксона не говорят и не думают на языке психиатрии, не дают психиатрических интерпретаций другим. Они становятся нормальными, заботясь об “инсайте” не более, чем любой среднестатистический, никогда не лечившийся человек.

Часто в защиту инсайта и осознания выдвигается следующий аргумент: без них терапевтическое изменение не сохранится по окончании лечения. Нет свидетельств, подтверждающих это убеждение, но есть данные, что изменение без инсайта сохраняется. С точки зрения Эриксона, если человек изменяется, то изменяется и его социальная ситуация, и постоянство

изменения связано с новой ситуацией, созданной этими изменениями.

Многие современные терапевты пришли к убеждению, что психотерапия — это “опыт”, сам по себе вызывающий изменение. Они могут назвать его опытом близости с другим человеческим существом, опытом нахождения своего места в существующем мире, осознания новых глубин восприятия с помощью ЛСД и т.п. Эриксон, судя по всему, не считает опыт сам по себе достаточным для изменения. Пусть у его пациентов будет опыт общения с Эриксоном, и порой очень насыщенный, он окажет эффект только тогда, когда вызовет и прямо приведет к изменению повседневной жизни человека.

Теоретическая модель, которая кажется подходящей для эриксоновской терапии, — это модель взаимодействия преподавателя и студента, при том, что это попытка объяснить одно неизвестное через другое, так как мы до сих пор немного знаем о процессе обучения, ведущем к коренным изменениям в студенте. Если рассматривать обучение как процесс передачи информации, такая модель не подойдет. Если рассматривать его как процесс развития взаимоотношений преподавателя и студента, модель становится более полезной. Эриксон учит пациента иначе обращаться с самим собой и с другими. Как правило, он делает это, возводя препятствия для обычного поведения пациента и одновременно создавая ситуации, в которых пациент может приобрести вдохновляющий опыт нового типа поведения. Эриксон подводит пациента к открытию: то, что, как ему казалось, он не знает, на самом деле он прекрасно знал. Любимый пример Эриксона — случай с женщиной, которая никак не могла научиться писать, несмотря на множество попыток научить ее. Эриксон довольно быстро научил ее рисовать различные линии — прямые, круги, дуги и т. п. Затем он дал ей задание соединять их друг с другом, и она обнаружила, что уже знала, как пишутся буквы алфавита. Обучая, Эриксон не говорит пациенту, что тот должен знать; он создает ситуацию, при которой собственный опыт человека приводит в действие то, чему тот уже научился. Например, Эриксон однажды описал случай с семьей, где муж заботливо принимал все решения за жену и тем самым превращался в тирана, который в ответ получал от жены только сопротивление и неблагодарность. Когда Эриксона спросили, почему он не объяснил мужу, что происходит, он ответил, что объяснять не было смысла, муж все равно бы ничего не понял. Создав ситуацию, при которой муж дал жене свободу действий, Эриксон сумел вызвать у жены отклик, которого раньше муж никогда не получал, и тем самым научил его

предпочитать иной стиль поведения с женой.

Ключевым фактором в понимании эриксоновской терапии является то, что он не считает терапевтическое изменение результатом большего осознания или понимания. Он не учит пациента тому, что тот должен знать. Он действует иначе: создает ситуацию, которая требует от человека иного поведения и ведет к появлению нового жизненного опыта. Он, похоже, полагает, что человек в основе своей не рациональное животное, а обучающийся организм, который учится через реальный опыт.

Если взять множество аспектов эриксоновской терапии и соединить их, возникнет общий подход к лечению. Эриксон приступает к лечению каждого нового пациента с ожиданием, что для данного пациента потребуется уникальный способ лечения. Он допускает многообразие терапевтической среды: может работать у себя в кабинете, дома, на месте работы пациента. Он может ограничить прием одним часом или продлить его до нескольких часов, менять размеры гонорара, выбрать короткую или длительную терапию. Его отношение к каждому новому пациенту заключает в себе ожидание, что пациент естественным образом вылечится, когда помехи, сдерживающие его, будут устранены. Он готов полностью взять на себя ответственность за то, что будет происходить с пациентом, но готов также снять с себя ответственность, если это необходимо для лечения. С первой встречи он принимает предлагаемое пациентом и определяет отношения как такие, при которых он готов работать в рамках, с самого начала понятных для пациента. Он движется к изменению максимально быстро; создает условия для нового опыта, подталкивающего пациента к действиям, требующим нового поведения, и изменяет поведение-симптом, которое ограничивает пациента. Он максимально использует свойственные пациенту способы взаимодействия с людьми. Начав изменения в жизни пациента, он стремится отпустить его на свободу и дать возможность развиваться по своему собственному, независимому пути.

Я широкими мазками набросал основные аспекты эриксоновского подхода — частично из-за того, что трудно детально интерпретировать его работу без обращения к клиническим случаям, описанным в его публикациях и рассказанным во время лекций. Каждый случай уникален. Другая трудность обобщения опыта Эриксона состоит в том, что из всего сказанного неизбежно найдутся исключения. Много лет назад один исследователь вел долгие беседы с Эриксоном в надежде получить общую картину его терапевтических процедур. Молодой человек жаждал четких правил о “методе”, и Эриксон старался

изо всех сил, чтобы обучить его. В какой-то момент Эриксон прервал дискуссию и вывел молодого человека на лужайку перед домом. Он указал на улицу и спросил своего гостя, что он там видит. Озадаченный молодой человек ответил, что видит улицу. “А еще что?” — спросил Эриксон и, поскольку парень пребывал в затруднении, указал на деревья, растущие вдоль улицы: “Что общего вы можете заметить у всех этих деревьев?” Внимательно изучив весь ряд, молодой человек сказал, что все деревья клонятся в восточном направлении. “Правильно, — удовлетворенно сказал Эриксон. — Все, кроме одного. Второе дерево с краю наклонилось к западу. Всегда существует исключение”.

Тогда я подумал, что Эриксона ждут большие сложности с защитой своей позиции. А сейчас, каждый раз, когда я пытаюсь упростить сложные процессы, особенно при описании работы Эриксона, мне сразу же вспоминается опыт, полученный мною тем солнечным днем в Фениксе.

3. Вклад Эриксона в психотерапию (1982)

Я представлю вам некоторые случаи из опыта личного общения с Милтоном Эриксоном и попытаюсь передать мое понимание этого необыкновенного человека и его работы. Я много писал об эриксоновской терапии, но ее основатель остается для меня загадкой. Хотя мы общаемся много лет, понять его до конца я никогда не мог. Проведя с ним в беседах сотни часов, я знаю его гораздо хуже, чем тех, с кем общаюсь поверхностно. За свою жизнь я изучал многих психотерапевтов, а Эриксона глубже, чем кого бы то ни было. Научившись многим из его терапевтических приемов, я использовал их в своей практике и преподавании. Не проходило и дня, чтобы я не применил в моей работе чего-либо из того, что узнал от Эриксона. И все же основные его идеи я ухватил лишь частично. Я чувствую, что если бы понял более точно то, что Эриксон пытался объяснить об изменении людей, мне бы открылись новые горизонты в терапии.

Эриксон никогда не делал секрета из своей работы. Вполне возможно, что он был самым открытым для публики терапевтом за всю историю психотерапии. На протяжении многих лет он проводил семинары и мастерские для больших аудиторий как у себя на родине, так и за рубежом. Он опубликовал более ста работ. Тысячи посетителей, поодиночке и группами, приезжали поговорить с ним. Его лекции, демонстрации и беседы записывали на пленку чаще, чем любого другого практикующего терапевта. Он щедро отдавал себя и свои знания всем заинтересованным. И хотя Эриксон любил показывать, что вам еще учиться и учиться, он никогда не пытался казаться загадочным или непонятным. Он старался упростить и объяснить свои идеи так, чтобы их мог понять любой. Порой он терялся, когда многие из нас понимали его идеи лишь частично. Сколько раз на протяжении многих лет я спрашивал его, почему он делает что- то в терапии, а он отвечал: “Это же очевидно”. Я говорил: “Нет, Милтон, это не очевидно” — и продолжал расспрашивать его только для того, чтобы обнаружить новую и неожиданную сложность в его мыслительном процессе.

Полностью понять Эриксона мешала не только необычная природа его идей. Одной из помех было то, как он разговаривал с людьми. Всякий раз Эриксон стремился говорить на языке собеседника. Его стиль лечения и обучения отличало стремление подстраиваться к чужому языку. Этот стиль “принятия” языка

другого как способ единения с собеседником давал терапевтам, придерживавшимся диаметрально противоположных теорий, ощущение того, что Эриксон работает в рамках их идеологий. Он мог говорить на языках различных научных парадигм, поэтому коллегам и пациентам часто казалось, что они разделяют и понимают его теории, а позже они бывали удивлены какой-то неожиданной идеей. Собственные убеждения и предпосылки Эриксона не были самоочевидны. Когда кто-нибудь спрашивал его о теории, ответом часто был рассказ о каком- либо случае из практики, являвшийся метафорой со многими следствиями.

Эриксон вкрапливал в разговор истории так, что люди различных взглядов видели в его метафорах собственные идеи. Каждый эпизод рассказывался так, что абсолютно не похожие друг на друга люди думали, будто он предназначается именно им. Однажды мои практиканты посетили Феникс и встретились с Эриксоном. Вернувшись, они рассказали об увиденном и услышанном. Один из практикантов упомянул историю, которую Эриксон рассказал именно о нем. Но девушка из группы возразила, что эта история на самом деле была о *ней.* А третий заявил, что эти двое ничего не поняли, так как на самом деле эта история связана с его собственным опытом. Оказалось, что каждый член группы был уверен, что получил личную метафору от Эриксона, рассказанную специально для него. Каждый чувствовал себя по-настоящему понятым Эриксоном и понявшим Эриксона. И это несмотря на то, что все они были людьми с различным уровнем подготовки, а метафорами являлись истории и клинические случаи, которые Эриксон и раньше много раз рассказывал (хотя каждый раз он рассказывал их по-другому). Некоторые из них я слышал за несколько лет до этого и считал, что они предназначены персонально для меня.

То, что Эриксон беседовал всегда одновременно на нескольких смысловых уровнях, также осложняло создание четкой картины его взглядов. Когда его спрашивали, что делать с какой- нибудь терапевтической проблемой, Эриксон давал совет и обычно рассказывал случай из практики, показывая, как он сам работал с похожей проблемой. Однако этот пример не был просто описанием какого-то случая. Он мог быть одновременно и метафорой, направленной на изменение или решение личной проблемы спрашивающего. То есть Эриксон мог говорить о случае так, что одновременно и сообщал слушателю об общей природе проблемы, и показывал, как применить конкретный терапевтический прием, и вдохновлял или подталкивал человека к изменению в его личной жизни или мировосприятии.

Одним из главных умений Эриксона была способность

воздействовать на людей скрыто. В этом заключалась одна из причин того, почему многие люди чувствовали себя в его присутствии напряженно. Каждый, кто говорил с Эриксоном, не мог быть точно уверен, получает ли он только профессиональный совет или же еще и искусное указание на решение невысказанной личной проблемы. История или случай из практики — это аналогия, проводящая параллель между различными ситуациями. Случай из практики, связывающий терапевтический прием и проблему, мог быть также аналогией между собеседником Эриксона и пациентом из описываемого случая. Эриксон любил изменять людей незаметно для них самих. Если они были настороже и сопротивлялись идее, которую предлагал им Эриксон, на самом деле существовала другая идея, которую он стремился им внушить. Он любил предлагать одну идею для сопротивления и, по крайней мере, еще одну — для воздействия.

Эриксон рассказывал один и тот же случай для разных людей по-разному. Суть случая оставалась неизменной, но то, на чем он делал акцент, зависело от аналогии, предназначенной конкретному слушателю. Этот сложный процесс метафорического влияния проходил в ходе обычной беседы или во время рядовой консультации. Казалось, что ему скучно делать что-то одно и требуется общение более глубокое и сложное.

Все, что Эриксон делал и говорил, имело множественные цели, и обучал он через сложные аналогии. Поэтому трудно четко сказать, что его взгляды описывает та или иная идея или тот или иной метод. Его теория была предложена нам в виде метафор, каждая из которых приложима ко множеству явлений, передана через разнообразные аналогии, раскрыта разным людям с разных сторон и меняется в зависимости от социального контекста.

Основная сложность в формулировании элементов новизны в эриксоновских теориях состоит в проблеме языка. Он говорил о новых предпосылках относительно человека и путях его изменения на языке, созданном для выражения прошлых взглядов. (Здесь вспоминается Гарри Стак Салливан, который пытался описать межличностные отношения на языке, созданном для описания личности.) Я думаю, Эриксон открыл миру глаза на нечто совершенно новое — на сложность межличностного влияния (по крайней мере, таковы были идеи, о которых он мне рассказывал). Однако в его распоряжении был лишь язык, созданный для выражения совершенно иного представления о людях. Язык терапии индивида просто не подходит для описания эриксоновской терапии.

Думаю, что язык гипноза и гипнотерапии слишком примитивен и ограничен, чтобы охватить всю сложность

эриксоновского метода наведения транса и использования в терапии гипнотического воздействия. Как можно на языке “сна” говорить о гипнотическом внушении, когда человек погружается в гипноз, продолжая ходить по комнате? Или как можно на языке “бессознательного” говорить о сложном межличностном воздействии транса во время беседы? Например, Эриксон пытался объяснить тот факт, что гипнотизируемый, следующий установке на отрицательную галлюцинацию, должен видеть объект, чтобы его не видеть. Для описания этого явления Эриксон иногда использовал термин “бессознательное осознание”. Хотя по определению термин “бессознательное” есть нечто за пределами сознания или осознания.

Конечно, такая терминология слишком громоздка для описания тонких процессов, интересующих Эриксона. Он разрабатывал новые пути понимания людей, гипноза и психотерапии, не создавая при этом языка, на котором можно описать эти новые представления. Это сравнимо с попытками говорить о квантовой теории на языке мер и весов. Я уверен: именно поэтому он все больше и больше обращался к метафоре, которая не может служить для точного описания явления, но может отразить в себе всю его сложность.

Многим не довелось видеть Эриксона. Другие слишком молоды и видели его только старым. Он был потрясающим человеком, даже будучи старым и больным и передвигаясь в инвалидной коляске. Однако я хотел бы рассказать о том, каким он был в зрелые годы, когда был полон сил[4]. Воздействовала не только его личность, но и репутация гипнотизера, влияющего на людей помимо их сознания. Многие люди просто-напросто боялись его.

Могущество Эриксона открылось мне, как только я о нем узнал. В 1953 году, работая в рамках проекта Грегори Бейтсона по изучению коммуникации, я попросил Бейтсона помочь попасть на семинар к одному гипнотизеру, приехавшему в Сан- Франциско. Я хотел изучить коммуникативные аспекты гипноза. Бейтсон спросил, кто проводит семинар, я ответил, что, кажется, Милтон Эриксон. “Я позвоню ему, — сказал Бейтсон, — и спрошу, можешь ли ты принять участие”. Так я узнал, что Бейтсон знаком с Эриксоном, впрочем, как с каждым, кто имел вес в сфере социальных наук. Оказалось, что Бейтсон и Маргарет Мид консультировались с доктором Эриксоном и его супругой по поводу фильма о плясках в состоянии транса, снятого на острове Бали. Главный вопрос был в том, как определить момент вхождения танцоров в масках в состояние транса. (Кстати, именно Бейтсон и Мид подтолкнули Эриксона к опубликованию

выдающегося описания коммуникации в статье “Изучение экспериментального невроза, внушенного под гипнозом, при лечении преждевременной эякуляции”).

Бейтсон позвонил Эриксону в гостиницу в Сан-Франциско и спросил, могу ли я посещать его семинар. Эриксон сказал, что будет этому рад. Затем они еще какое-то время непринужденно болтали, после чего Бейтсон положил трубку и заявил: “Этот человек своими манипуляциями хочет заставить меня поехать к нему в Сан-Франциско и поужинать с ним”. Я очень интересовался межличностными манипуляциями и с любопытством спросил: “А что он вам сказал?” Ответ был таков: “Он сказал: “Почему бы тебе не приехать ко мне в Сан-Франциско и не поужинать со мной?” Даже самые обыкновенные прямые высказывания Эриксона рассматривались Грегори Бейтсоном и многими другими, боявшимися власти Эриксона, как манипуляции.

Эриксон явно наслаждался своей репутацией могущественного человека, который может влиять на людей независимо от того, осознают они это или нет. Я вспоминаю один случай с Доном Джексоном на семинаре Эриксона. Во время дискуссии о гипнозе Джексон без конца крутил и вертел в руках карандаш. В какой-то момент он сказал: “Я никак не могу прекратить вертеть этот несчастный карандаш. Милтон, мне кажется, это твои проделки”. “Ладно, — ответил Эриксон, — но пока продолжай вертеть”. Он еще немного поговорил с Джексоном, а затем дал команду оставить карандаш в покое. Я хотел узнать побольше о его методах внушения особого поведения во время обыкновенной беседы и потому запомнил этот случай. Позднее, в личной беседе, я спросил Эриксона, что же он тогда такое хитрое сказал или сделал, что заставило бедного Джексона издеваться над карандашом. “Да ничего я с ним не делал, — сказал Эриксон. — Джексону просто показалось, что это моя работа, вот я и воспользовался случаем”.

Чтобы проиллюстрировать еще один аспект величия Эриксона как гипнотизера и человека, я хотел бы рассказать об одном случае, который произвел неизгладимое впечатление на меня и на Джона Уикленда. Однажды мы пригласили Эриксона поужинать в мексиканский ресторан. И скажу я вам, это был подлинный мексиканский ресторан, в чем я убедился, приправив блюдо небольшим количеством их стандартного острого соуса. Я задохнулся, и глаза мои непроизвольно наполнились слезами. Эриксон начал высмеивать меня, и как-то из этого разговора само собой обозначилось, что лично он, Эриксон, может выдержать соус любой остроты. Для демонстрации он послал официантку за

шеф-поваром, и когда тот пришел, Эриксон попросил его приготовить и принести нам наиострейший соус, какой только можно. Шеф-повар с удовольствием принял вызов. Через какое-то время он вернулся с некоей субстанцией на блюдце и поставил ее перед Эриксоном. Он остался посмотреть, как же посетитель справится с этим адским месивом. Эриксон взял ложку, набрал в нее соуса, положил в рот, покатал языком. Его лицо не изменило своего выражения, на глазах не появилось ни единой слезинки. “Вкусно”, — сказал он. На меня это произвело впечатление, и оно многократно усилилось, когда я посмотрел на остолбеневшего повара-мексиканца.

Помимо умения влиять на людей, в Эриксоне было что-то, не позволяющее людям противоречить ему. Я вспоминаю, как один психиатр рассказывал мне о своей встрече с Эриксоном в Фениксе. Психиатр был серьезным, ответственным человеком, занимающим видное положение. Он сказал мне, что они общались с Эриксоном восемь часов подряд, и он даже не смог пообедать, так как Эриксон не сделал перерыва. Он сказал мне, что был страшно голоден. Я спросил его, почему он не сказал Эриксону, что хочет есть. Он ответил, что как-то не мог прервать Эриксона, когда тот рассказывал ему о психотерапии. Прошли месяцы, но этот человек все еще злился, что его довели до такого голода. И тогда я сказал ему, что, судя по всему, Эриксон считал его важной персоной, ведь он редко тратит восемь часов на одного посетителя, так что это был своего рода “комплимент действием”. Такая мысль понравилась психиатру — и, надеюсь, помогла ему простить потерянный обед.

Эриксон всегда достаточно уверенно обращался со своей властью. Он никогда не возражал против того, чтобы получить или использовать ее. Он рассказывал, как его включили в список врачей страховых касс и “там не было главного, так что я взял руководство на себя”.

При такой готовности обладать властью, слава Богу, он был очень доброжелательным человеком. Было бы несчастьем, если бы такое влияние, каким он обладал, использовалось в разрушительных целях. Он был не просто доброжелателен — он постоянно стремился помогать людям как в своем кабинете, так и вне его.

Я часто удерживаю терапевтов от стремления помочь. Я не верю в то, что помощь должна быть навязана людям — лечение не следует начинать до тех пор, пока о нем не попросят. Однако в отношении Эриксона эта проблема меня никогда не беспокоила. Он принимал решение изменить кого-то, кого, по его мнению, следовало изменить, вне зависимости от того, просит тот его об

этом или нет. Я никогда не сомневался в этичности и доброжелательности его намерений, как никогда не подозревал его в стремлении эксплуатировать людей для личной выгоды.

Похожая проблема возникает в связи с использованием отдельных людей или целых семей в демонстрациях перед аудиторией. Я против использования людей в учебных целях и считаю это эксплуатацией. Но я никогда не относил это на счет Эриксона — он не просто использовал людей для демонстрации своего искусства перед огромной толпой на своих семинарах, он в это время проводил с испытуемыми лечение гипнозом. Он всегда устраивал так, что человек получал прямую выгоду, разрешая поэксплуатировать себя на демонстрации. При этом Эриксон оберегал гипнотизируемого от того, чтобы внушаемые изменения стали известны публике. У него была способность с помощью необыкновенного владения языком вести личную беседу с гипнотизируемым в ходе публичной демонстрации гипноза.

Хотя Эриксон и осуждал сценический гипноз как таковой, сам он был превосходным исполнителем публичных демонстраций. Он мог одновременно обучать студентов технике гипноза, проводить психотерапию с гипнотизируемым, иллюстрировать обсуждаемую проблему коллеге и развлекать публику. Скорости его работы мог бы позавидовать любой профессионал сцены.

В качестве примера мне вспоминается одна демонстрация, проведенная Эриксоном перед большой аудиторией. Он вызвал добровольца, и на сцену поднялся молодой человек. Он сел на стул рядом с Эриксоном. Единственной трансовой индукцией стала просьба положить руки на колени, после чего Эриксон спросил: “Вы хотите и дальше видеть свои руки на коленях?”

Молодой человек ответил, что хочет. Задав еще какой-то незначительный вопрос, Эриксон сделал знак своему помощнику, сидящему с другой стороны, тот поднял руку молодого человека вверх, и она осталась в воздухе. “Сколько у вас рук?” — спросил Эриксон. “Две, конечно”, — ответил парень. “Я бы хотел, чтобы вы их считали, когда я буду на них указывать”, — попросил Эриксон. “Ладно”, — немного снисходительно произнес тот. Эриксон показал на ладонь на одном колене, и парень сказал: “Одна”. Эриксон указал на пустое второе колено, на котором молодой человек ранее согласился видеть руку, и он сказал: “Две”. Затем Эриксон показал на руку, зависшую в воздухе. Молодой человек в изумлении уставился на нее. “А как вы объясните наличие и этой руки?” — спросил его Эриксон. “Не знаю. Я, наверное, в цирке”, — пробормотал парень. Эта гипнотическая индукция длилась примерно столько времени, сколько заняло у вас чтение ее описания.

Настоящим удовольствием было наблюдать, как Эриксон проводил свои демонстрации на сцене. Наиболее интересными были его демонстрации работы с сопротивлением гипнозу. Он начинал с того, что приглашал добровольца из публики подняться к нему на сцену и оказывать гипнотизеру сопротивление. Как всегда, у Эриксона сопротивление клиента превращалось в сотрудничество.

Эриксон любил показывать, что наведение транса не может быть описано просто, ведь к трансу ведет множество путей. Вспоминаю одну демонстрацию, на которой он показал, что транс можно навести, вообще не используя слов. Он попросил выйти на сцену человека, готового сопротивляться гипнозу. На сцену поднялся молодой человек. Эриксон стоял себе на сцене, ничего не делая и ничего не говоря, а молодой человек погружался в состояние транса. Позже я спросил Эриксона, какой же искусный и незаметный прием он применил для достижения такого результата. Он ответил, что транс был внушен именно “ничегонеделанием”. Молодой человек вышел на сцену перед аудиторией для того, чтобы его загипнотизировали, а Эриксон стоял и не делал решительно ничего. “Кто-то ведь должен был поработать, вот этот парень и загипнотизировал себя сам”, — сказал мне Эриксон.

Я вспоминаю время, когда был зеленым новичком и только начал учиться терапевтическому гипнозу. Я сажал перед собой пациента и проводил процедуру наведения транса от начала до конца. В какой-то момент я стал замечать, что многие погружаются в транс, как только садятся передо мной на стул, и чтобы начать гипнотизировать, я их сначала бужу. Я начал понимать, а после демонстраций Эриксона пришел к убеждению, что, когда клиент приходит с целью загипнозироваться, от гипнотизера требуется только одно — не мешать ему. В процессе гипноза Эриксон использовал социальный контекст и всегда мыслил в масштабах больших, нежели пара клиент-гипнотизер. Гораздо легче загипнотизировать человека на сцене, в триаде аудитория — гипнотизируемый — гипнотизер, чем в кабинете наедине с терапевтом.

Кроме способности влиять на людей помимо их сознания, у Эриксона была еще одна черта, из-за которой люди чувствовали себя не в своей тарелке, общаясь с ним. Он был чрезвычайно наблюдателен и мог буквально читать мысли человека по его позе и движениям тела. Он всегда подчеркивал, что терапевт должен быть проницательным наблюдателем и рассматривать позы и телодвижения как своего рода язык.

Эриксон любил тренировать наблюдательность своих

стажеров. Однажды мы с Джоном Уиклендом приехали к Эриксону и он позвал нас в свою приемную взглянуть на пациентку, сидевшую на стуле с закрытыми глазами. Позже, когда женщина ушла, Эриксон спросил, что мы увидели. Вопрос был таким общим, что мы просто не знали, что ответить. И мы начали с умным видом рассуждать о том, что замеченный нами факт являлся женщиной и что, вероятно, она была в трансе. Эриксон прервал наши наблюдения, и спросил, заметили ли мы, что одна сторона лица у женщины была чуть-чуть больше, чем другая, а ее правая рука была немножко больше левой. Он сказал, что это весьма важно для постановки диагноза, и мы были вынуждены с ним согласиться.

Обычно людям не нравится, когда за ними наблюдают, и поэтому стажерам Эриксона приходилось тяжело. Однажды мне довелось побеседовать с психиатром, который много лет назад работал в психиатрической клинике в Мичигане и учился у Эриксона. Он рассказал мне, какое уважение, если не страх, местные психиатры испытывали к Эриксону. По его словам, Эриксон был очень требователен к студентам — он задавал вопрос и ждал ответа, уставившись на бедолагу особым взглядом, который они называли “окуляр фиксированный”. Его наблюдательность, на развитии которой у студентов он всегда настаивал, была поистине легендарной. Например, этот же психиатр рассказал мне, что однажды его жена шла через двор больницы и Эриксон остановил ее. “Вы беременны, не правда?” — спросил он. “Да, — ответила она удивленно, так как сама только что узнала об этом. — Откуда вы знаете?” И Эриксон ответил: “Цвет вашего лба изменился”.

Эриксон был очень требовательным к себе как к врачу и такую же требовательность проявлял к своим практикантам. Он ожидал от терапевта тонкой наблюдательности, но еще больше — широкого спектра умений. Он подчеркивал, что терапевт должен использовать движения тела и позу для воздействия на пациента. Часто он показывал, как движением головы или другой части тела следует выделять особо значимую идею. Он также считал, что терапевт должен уметь контролировать свой голос, чтобы при передаче какой-либо мысли окрашивать слова разной интонацией. Он любил делать ударение на определенных словах в предложении и тем самым строить параллельное утверждение. Рассказывая о том, как давать пациенту объяснения, Эриксон в два раза усиливал логическое ударение. Ведь порой различие, которое он подчеркивал, было столь неуловимым!

Эриксон ожидал от врача глубокого знания психопатологии, тонкого понимания людей и их обычных социальных ситуаций,

здравого смысла, острой наблюдательности и умения выражать себя в широчайшем спектре — от крайней авторитарности до полной беспомощности. Он также считал, что терапевт должен с актерским мастерством управлять своим телом и голосом. Понаблюдав за Эриксоном, я начал осознавать, какие качества необходимы, чтобы стать настоящим мастером психотерапии. Тогда же я стал подумывать о смене профессии — почему бы не заняться тем, что требует меньшего напряжения, например, преподавание или консультирование.

Одним из наиболее важных качеств Эриксона, пронизывающим всю его работу, было чувство юмора. Он находил смешное в любом явлении и обожал шутки, головоломки, каламбуры и неожиданные речевые обороты. Я уверен, что именно юмор уберег Эриксона от злоупотребления своей властью. Абсурдность человеческой природы и человеческих проблем часто становилась предметом его шуток. Приведу пример. Однажды я советовался с ним по поводу одной молодой пары. Жена злилась на мужа за то, что он ходит за ней по пятам, особенно когда она по выходным занимается домашним хозяйством. Она шла на кухню — он отправлялся туда же, она выходила из дома — он выходил вслед за ней. Но больше всего ее раздражало, что он ходил за ней из комнаты в комнату, когда она пылесосила. Она пыталась запретить ему это делать, но он сказал, что старается остановиться, но почему-то не может.

Я спросил Эриксона, что же мне делать с этой парой. Он ответил, что решение здесь ясно, как божий день. Мне следует побеседовать с женой об этой проблеме и добиться ее согласия выполнять мои указания. В следующую субботу она должна пылесосить ковры, как обычно, и молча терпеть сопровождающего ее мужа. Закончив чистку ковров, она должна вынуть из пылесоса мешочек с пылью, снова пройтись по всем комнатам и везде насыпать на пол кучки пыли. Она должна сказать: “Так-то вот”, — и не прикасаться к этой грязи до следующей субботы. Я проинструктировал жену так, как предложил Эриксон. Муж перестал ходить за женой по квартире.

Эриксоновская терапия, более чем какая-либо другая, заставляет нас усомниться, подходит ли обычная логика для объяснения поведения и проблем человека. Эриксон прекрасно уживался с парадоксом, в то время как многие люди пытаются его избежать. И когда мог, он строил свои действия в рамках парадокса. Позвольте мне привести пример.

Уникальной особенностью Эриксона был его интерес к экспериментам над людьми и ситуациями. Он ставил эксперименты не только в лаборатории, но, чтобы избежать

лабораторной искусственности, и в реальных жизненных ситуациях. В какую бы группу людей Эриксон ни попадал, он, как правило, начинал экспериментировать, чтобы увидеть, как тот или иной человек реагирует на то или иное воздействие. Однажды он мне рассказал, что на вечеринках частенько выбирает какого-нибудь человека и, уставившись на него “фиксированным окуляром”, следит за его реакцией. Или же он ставил перед собой задачу заставить кого-то пересесть с одного стула на другой, не говоря ему об этом прямо. Иногда такие действия были попыткой защититься от скуки в ситуациях, которые его активный мозг находил слишком обыденными. Иногда это был запланированный эксперимент, который необходимо провести в определенной обстановке. Я вспоминаю один такой эксперимент, в котором Эриксон хотел показать, как можно заставить человека забыть о чем-то, постоянно ему об этом напоминая. Эриксон был мастером контроля над амнезией и работал с ней как во время гипно- терапевтических сеансов, так и при обычном общении. Итак, описанный им эксперимент. Эриксон проводил семинар с группой студентов. Все сидели вокруг стола, при этом Эриксон усадил справа от себя парня, который был заядлым курильщиком. Как раз в тот момент у парня кончились сигареты. Когда все обсуждали важную тему семинара, Эриксон повернулся к молодому человеку и предложил ему сигарету. Как только тот потянулся к пачке, Эриксону задали вопрос слева. Поворачиваясь, чтобы ответить на вопрос, Эриксон как бы нечаянно убрал сигареты, прежде чем парень успел взять хотя бы одну. Группа продолжила дискуссию, и тогда Эриксон словно бы вспомнил о своем предложении. Он повернулся к молодому человеку и снова протянул ему пачку — и снова у него слева что-то спросили, и он опять “рассеянно” убрал сигареты, поворачиваясь для ответа. Разумеется, все это было заранее спланировано: все студенты в группе, кроме “жертвы”, знали об эксперименте. После того как процедура повторилась несколько раз, молодой человек утратил интерес к сигаретам и не реагировал, когда ему предлагали закурить. В конце семинара студенты спросили, удалось ли ему все-таки закурить. И оказалось, что молодой человек совершенно не помнил, что ему что-то предлагали — у него возникла амнезия. По мнению Эриксона, важным было возникновение депривации, когда за предложением шел “отказ”. Молодой человек видел, что вины Эриксона нет, однако он все же был лишен того, к чему стремился. Результатом такой классической “двойной связи” и была амнезия — забывание всей последовательности действий.

Постоянные эксперименты такого рода не только привели

Эриксона к глубокому пониманию человеческого поведения, но и подтолкнули его к созданию новых терапевтических приемов. Например, для помощи людям, зависимым от транквилизаторов, Эриксон придумал особую процедуру. Если бы он просто отказывался выдать рецепт на лекарство, человек обратился бы к другому врачу с той же просьбой. Эриксон поступал иначе: когда его просили, он соглашался выписать рецепт и начинал искать среди бумаг на столе чистый бланк. Во время поисков завязывалась чрезвычайно интересная беседа с пациентом. Беседа продолжалась, пока не заканчивалось время приема. Только придя домой, пациент спохватывался, что ему забыли дать рецепт. Больной не шел к другому врачу, так как его лечение у Эриксона не было завершено. Он не мог обвинить Эриксона в депривации, так как тот, казалось, горел желанием выписать рецепт и не сделал этого лишь по рассеянности. То есть происходило то же, что и в описанном случае с сигаретами. Эриксон говорил, что в дальнейшем человек постепенно терял интерес к лекарствам и затем забывал о них совсем.

Многие из нас с трудом усваивали техники Эриксона, так как для их выполнения требуется немалое мастерство. Обучение искусству межличностного взаимодействия не входило в курс академического образования психотерапевта. Одной из ценностей гипноза было обретение навыка директивности. Обучаясь гипнозу, человек постигал, как мотивировать людей, как направлять их действия в нужное русло, как добиваться ответа и т. д. Эриксон не просто выполнял некое воздействие, он был вовлечен в межличностный процесс наведения транса, и это выделяло его из ряда гипнотизеров. Он утверждал, что гипнотическое наведение нужно варьировать в зависимости от личности самого терапевта, клиента и определенной ситуации, в которой они находятся. Он рассматривал каждое гипнотическое взаимодействие как нечто уникальное.

Сейчас молодежи, возможно, сложно понять, что значили идеи Эриксона тогда, когда официальная идеология была иной. Например, в пятидесятые годы я участвовал в исследованиях Г. Бейтсона в больнице Общества ветеранов. Я изучал способы общения и проводил психотерапию с одним психотиком. Помимо всего прочего он рассказывал о том, что у него в животе цемент, и порой казался абсолютно убежденным в этом. Он постоянно жаловался на пищеварение и ужасные ощущения в желудке. В то время наиболее передовая часть психиатров продвинулась — или углубилась — к бессознательному. От увлечения генитальной стадией и эдиповым комплексом все перешли к изучению роли оральной стадии в возникновении психозов. В то время

распространенным было утверждение, что все мечты человека направлены на грудь. Основополагающей причиной всех расстройств была, по словам Джона Роузена, “каменная грудь матери и отрава молока”. Находясь в авангарде, я, конечно же, втолковывал бедняге о его матери и оральной фиксации и прочем, что считал причиной его мании о цементе в животе. Логика символизма была неопровержима.

Примерно в это время я начал общаться с Эриксоном и как-то спросил его, что бы он сделал с рассуждениями пациента о воображаемом цементе в животе. Эриксон ответил: “Я бы пошел с ним в больничную столовую и попробовал пищу, которую им там дают”. Я был поражен поверхностностью подхода к проблеме. Но Эриксон продолжал: он рассказал бы пациенту о пищеварении и о том, какие продукты перевариваются легко, а какие — трудно. Я чувствовал, что Эриксон просто понятия не имеет о том, как нужно работать с подобными психотическими маниями. И только спустя какое-то время я совершенно случайно заглянул в больничную столовую и попробовал то, что вынуждены были есть больные. С этого момента я стал подходить к делу реалистичнее и начал думать, что лечение пойдет успешней, если пациент выйдет из больницы в реальный мир, а не будет продолжать сидеть в палате и жаловаться на желудок.

Спустя несколько лет, когда наша работа по проекту продвинулась достаточно далеко, Эриксон все так же намного опережал и нас, и время. Вспоминаю 1958 год, когда я какое-то время лечил оторванных от реального мира психотиков. При этом мы даже проводили терапию со всей семьей. Вдохновленные открытием коммуникативного подхода, мы старались наладить связи между детьми и родителями и добиться их свободного выражения чувств и мыслей друг о друге. Нашей целью были более гармоничные и близкие взаимоотношения между членами семьи. Я рассказал о нашем подходе Эриксону, и он заявил, что, по его мнению, стремление добиться близости между подростками психотиками и их родителями — ошибка. “Это неподходящий возраст для близости, — сказал он. — Это возраст, когда юная личность должна рвать семейные связи”. Я, конечно, подумал, что Эриксон не понимает важности коммуникативной теории и не знаком с новым развиваемым нами подходом, подразумевающим опору на семью. И лишь спустя несколько лет я понял, что решение проблем подростка-психотика лежало не в достижении единства с семьей, а скорее в том, чтобы помочь родителям и подростку разъединиться и сделать это максимально безболезненно.

Мне не хочется создавать впечатление, будто Эриксон всегда

опережал нас и все знал, ничему не учась. Мы тоже оказывали на него влияние, как однажды я с удивлением обнаружил. В те дни у Эриксона был собственный способ проведения психотерапии шизофреников. Например, его пациенткой была учительница, которую время от времени посещали видения. Он убедил ее хранить галлюцинации в шкафу в его приемной, где они могли бы быть в безопасности и не мешали ей работать. Она так и сделала и навещала Эриксона лишь для того, чтобы положить в шкаф новую галлюцинацию. Через какое-то время она решила переехать в другой город, но волновалась, что в тяжелую минуту не сможет обратиться за помощью к доктору Эриксону. И тогда он посоветовал ей в случае приступа запечатать галлюцинацию в конверт и послать ему по почте. Женщина согласилась. Время от времени она посылала Эриксону свои видения, и этот прием давал ей возможность вести нормальную жизнь вдали от терапевта. В этом деле меня более всего поразило даже не то, что Эриксон придумал процедуру с посылкой галлюцинации в конверте, а то, что он сохранял все эти конверты на тот случай, если однажды она вернется и захочет на них взглянуть. Что, впрочем, впоследствии и случилось.

Если внимательно проанализировать вышеизложенный прием, становится очевидно, что Эриксон полагал: вылечить больную невозможно, а можно лишь добиться некоторой стабилизации ее поведения. Прошло некоторое время, и я как-то зашел к Эриксону в гости. В его приемной была девушка, которая принесла показать ему свои свадебные фотографии. После ее ухода он объяснил, что она была шизофреничкой, но уже практически полностью выздоровела. Я заметил, что раньше он утверждал, что в случае шизофрении добиться выздоровления нельзя, можно только стабилизировать ситуацию. И я спросил, не изменились ли его взгляды на шизофрению. Он ответил, что так оно и есть, и, подумав, добавил: “В конце концов, я тоже ведь чему-то научился у вас, ребята”.

Эриксон всегда был готов изменить свои методы и поэкспериментировать с новыми приемами — и в этом состояло его колоссальное преимущество. Он был прагматиком. Рассматривая Эриксона и его терапию с более широкой точки зрения, обнаруживаешь, что его прагматизм и его подход — по сути своей истинно американские. Истории и случаи, которые он часто рассказывал, взяты из фермерской жизни и отражают систему ценностей небольших провинциальных городков. Рассказывал ли он о краже яблок из сада или купании в речке или восторгался студенческой жизнью — казалось, это говорит сама “средняя Америка”. Он знал, как растут и взрослеют дети в

Америке, и это знание давало ему четкую картину всех этапов семейной жизни и процессов повседневного бытия. Он знал разные регионы страны и особенности взглядов, уклада жизни и предрассудков их жителей. Он понимал разные культуры, так как хорошо знал свою родную и мог проводить сравнения.

Работа Эриксона отражала психиатрическую традицию, отличную от европейской, в которой основной упор делался на классификацию и диагноз. Хотя Эриксон обращал внимание на диагноз, основной его интерес был в том, как добиться изменения. Он концентрировался на цели лечения, и поэтому делал упор на практические средства ее достижения. Он был прагматиком и легко перестраивался, когда его первоначальный подход не срабатывал, и начинал использовать новую процедуру, не настаивая на традиционном, но неудачном методе. Не заботясь о принадлежности к философской школе, Эриксон обращался к реальному миру с его реальными проблемами. Он советовал терапевтам использовать работающие техники и отбрасывать без сожаления потерпевшие неудачу, невзирая на традицию. Он не предлагал опираться на опыт какого-нибудь выдающегося специалиста. Скорее, он учил отстаивать свои взгляды, опираясь на результаты собственной работы. Эти идеи характерны для американского прагматизма, так же, как эриксоновская нацеленность на активные действия, а не на созерцание и пассивное ожидание изменений.

В пятидесятые годы в США наступил бурный расцвет новых психотерапевтических направлений. В моду вошел вопрос: “Как менять людей?” — изучение и классификация отошли на второй план. Развивались бихевиоризм и семейная терапия. Все стали меньше философствовать и больше беспокоиться о социальных изменениях. Эриксон опережал время и изменился сам задолго до прихода этой моды. Чтобы продемонстрировать значение его вклада в “терапевтическую революцию”, следует отметить, что позиция Эриксона по вопросам лечения была абсолютно противоположной позиции традиционных терапевтов. Трудно поверить, что он всегда шел против течения. И точно так же трудно поверить в то, что методы, предлагаемые господствующим направлением психотерапии, были настолько неправильными, что действительно успешными стали диаметрально противоположные методы. Позвольте мне обобщить некоторые основные аспекты вклада Эриксона в психотерапию, противопоставляя их взглядам, господствовавшим в психотерапии несколько лет назад.

Гипноз

В сороковые и пятидесятые годы психотерапия была

областью, закрытой для гипноза. Психиатры вообще не изучали гипноз, а социальные работники подвергались опасности быть растерзанными в клочья, если изъявляли малейшее желание загипнотизировать клиента. В клиническом обучении гипнозу уделялось так мало внимания, что на выездных семинарах требовалось обучать гипнозу с нуля. Во время травли гипноза Эриксон успешно использовал его при лечении, разрабатывал широкий спектр гипнотических техник и защищал гипноз как основной метод в багаже клинициста.

Симптомы

В то время психотерапия не была ориентирована на симптом. Считалось, что симптом не важен и реальная проблема коренится в структуре характера и личности. В результате клиницисты не только не знали, как воздействовать на симптом, но и были убеждены, что этого не следует делать. Эриксон занимал противоположную позицию и основывал свою терапию главным образом на работе с симптомом. Он утверждал, что изменить структуру характера можно, если нацелить лечение на основную проблему. По его словам, симптом подобен ручке сковородки: если хорошенько взяться за ручку, со сковородкой можно сделать многое. Он учил, что симптом надо не игнорировать, а детально изучать. Зная частоту проявления симптома, его интенсивность и т. д., можно увидеть, насколько он важен для всех сторон жизни пациента. Терапевты, игнорировавшие симптомы и считавшие, что над ними работать не следует, так и не научились ценить всю сложность симптоматического поведения. Они также не научились менять то, что хочет изменить пациент.

Инсайт и бессознательное

Отношение к инсайту и природе бессознательного более всего отличало Эриксона от его коллег. В сороковые и пятидесятые годы терапия инсайта была самой распространенной. В то время терапевты занимались только интерпретацией. Повсеместно утверждалось, что проблема человека есть продукт вытеснения и процесс формирования идей должен быть осознан. Эриксон провел множество экспериментов с бессознательным вытеснением, оговорками, воспоминаниями и снами и к сороковым годам явно рассматривал данное мнение как несущественное для лечения. Считалось, что терапевт, не добивающийся ин- сайта, “мелко плавает” и не заслуживает серьезного отношения. Эриксон был уверен, что терапия инсайта не приводит к изменениям и даже более того — интерпретация внутренней динамики может препятствовать реальному изменению.

Взгляд Эриксона на бессознательное был противоположен

психодинамическим взглядам того времени. Терапия инсайта основывалась на идее о том, что бессознательное есть место скопления негативных сил и идей, настолько неприемлемых, что их необходимо вытеснить из сознания. В соответствии с этим мнением, человеку следовало остерегаться своих бессознательных идей и подозревать в себе враждебные и агрессивные импульсы, стремящиеся вырваться наружу. Эриксон придерживался противоположной точки зрения. Он считал, что бессознательное — это позитивная сила, обладающая большей мудростью, чем так называемое “сознательное”. Если человек просто позволит работать своему бессознательному, оно само обо всем позаботится. Эриксон подчеркивал, что своему бессознательному следует не только доверять, но и ожидать от него работы на благо человека. Например, он говорил, что если вы не можете отыскать пропавшую вещь, необходимо прекратить поиски и успокоиться. Подсознание просто “отложило” эту вещь, но в нужный момент поможет ее найти.

В терапии Эриксона вы никогда не встретите утверждений вроде: “Заметили ли вы, что упомянули вашего мужа как раз после рассказа об отце?” или “Интересно, откуда у вас бессознательное желание сопротивляться терапии?” Он не думал, что проникновение в вытесненные бессознательные идеи необходимо для изменения. Поэтому его терапия казалась столь странной инсайт-терапевтам. Например, как мог традиционный терапевт понять лечение депрессии у клиентки с помощью создания еженедельного графика депрессий? Или как мог “искатель инсайта” уяснить себе парадоксальное внушение и усиление симптома?

В противовес инсайту, Эриксон предлагал внушение амнезии и воздействие на людей за пределами их осознавания. Он не помогал пациентам понять скрытое значение их снов и фантазий — он изменял их сны и фантазии. Он считал “интерпретации” абсурдным упрощением сложного взаимодействия. Аналогии и метафоры Эриксон применял в процессе лечения иначе, чем другие терапевты. Его метод использования аналогий в общении с пациентами ввел в обиход новую теорию изменения. В прошлом клиницисты работали с аналогиями пациента, чтобы получить информацию о его состоянии, например, анализировали его сны и фантазии. Они считали, что, заставив пациента осознать метафорическое значение своих аналогий, смогут спровоцировать изменение, так же как при обсуждении параллелей между содержанием фантазии и реальной жизненной ситуацией.

Эриксон считал, что, заставляя людей уяснять параллели между аналогичными ситуациями и поступками, не только не

вызовешь, а скорее заблокируешь изменение. Осознание лишь маскирует сложность проблемы. Эриксон поступал так: рассказывая пациенту, например, о еде и приеме пищи с целью внушить умение получать больше радости от сексуальных отношений и быть более раскрепощенным, он старался не дать человеку понять связь между едой и сексом. Он говорил: если человек начинает что-то осознавать, нужно “быстренько отклониться от сути дела”. Предлагаемая Эриксоном терапия должна отвечать двум требованиям. Во-первых, терапевт должен говорить о чем- то аналогичном тому, что пациент хочет изменить. То есть говорить об А, чтобы изменить Б, и при этом А и Б похожи. Когда аналогия выбрана, терапевту необходимо определить, как именно А может изменить Б. Просто поговорить об А и провести аналогию недостаточно, а сделать ее явной значит разрушить возможность изменения. Например, мало просто поговорить о еде как об аналоге секса. Терапевт должен продемонстрировать свое отношение к еде как к наслаждению. Например, он может сказать, что хорошая закуска помогает выделению желудочного сока перед основным блюдом.

Рассмотрим другой пример того, как Эриксон работал вне осознавания пациента. Человеку, увязшему в “порочном круге” своих взаимоотношений с окружающими, сторонник традиционного подхода предложил бы осознать этот порочный круг, ибо как только человек его осознает, он тут же сумеет вырваться из старой поведенческой схемы. Эриксон не заботился об осознании пациентом циклического поведения, а ставил задачу разорвать его. Он мог даже внушить амнезию повторяющегося поведения, чтобы человек, делая что-то, тут же об этом забывал и повторял это снова. Такое повторение заставит окружение, втянутое в порочный круг, реагировать по-другому, и схема поведения изменится.

Эриксон обычно не предлагал объяснений, но он был учителем. С помощью загадок и головоломок он учил людей, что жизнь куда сложнее, чем им кажется. Он нередко просвещал пациентов в медицинских и других проблемах. Он рассказывал людям об их половых органах и давал им выполнять специфические сексуальные упражнения задолго до того, как распространилась и стала модной “сексуальная терапия”. Эта сторона его метода лечения также добавляла масла в огонь споров об Эриксоне.

Позиция терапевта

Традиционно терапевт был объективным консультантом пациента. Он наблюдал и реагировал так, чтобы помочь пациенту понять свои проблемы. Терапевт не вмешивался в жизнь пациента

и занимал позицию стороннего наблюдателя. На вопрос о том, является ли его задачей изменение пациента, терапевт ответил бы отрицательно, так как считал своей задачей помощь клиенту в понимании самого себя и принятии решения, стоит ли меняться. Терапевт не отвечал за результаты лечения, и если случалась неудача, виноват в этом был сам пациент. Любопытный парадокс: беря деньги за изменение пациента, терапевты в то же время отказывались нести ответственность за результат.

Эриксон считал себя ответственным за изменение пациента. Если изменения не происходило, это была неудача терапевта. Я помню, как он частенько говаривал ворчливо: “Этот случай все еще меня огорчает”. Он активно вмешивался в жизнь клиента. Эриксон был абсолютно убежден: причиной изменения является то, что он говорит или делает, а не осознание пациентом своих внутренних импульсов. Например, он мог прийти к человеку на работу и домой или сопровождать его в те места, посещения которых тот боялся.

Даже те современные психоаналитики, которые считались слишком вовлеченными в жизнь пациентов, полагали, что Эриксон заходит чересчур далеко. Я помню комментарии Фриды Фромм-Рейхман. У нее была репутация терапевта, устанавливающего крайне близкие отношения с клиентом во время интенсивной терапии. Но когда мы сообщили, что обучаемся у Милтона Эриксона, она воскликнула: “Однако! Вы что, не могли найти никого, кто поменьше вмешивается в жизнь своих клиентов?”

Устанавливая с пациентами личные отношения, Эриксон все же не доходил до панибратства, как многие терапевты-гуманисты. Он держал профессиональную дистанцию, хотя и был другом и наперсником. Как и многие другие аспекты эриксоновской терапии, его близость и дистанция представляли собою парадокс.

Приведу пример. Однажды он дал определение гипнотического транса как фиксации внимания, при этом амнезия является продуктом этой фиксации. В качестве иллюстрации Эриксон рассказал случай из своей практики. Он увлеченно и эмоционально рассказывал о чем-то клиенту и в какой-то момент беседы сбросил туфлю с ноги. Через некоторое время он ее снова обул и в конце встречи спросил, заметил ли клиент это действие. Пациент ничего не вспомнил. И хотя Эриксон рассказывал о концентрации внимания и амнезии, я думал о *нем самом.* Он мог быть очень вовлеченным в эмоциональное общение с пациентом и одновременно достаточно отстраненным, чтобы поэкспериментировать со сбрасыванием и надеванием обуви.

Краткосрочная терапия

В то время господствовало мнение, что для достижения изменения необходима длительная терапия. Короткий срок лечения означал лишь, что вы делаете меньше, чем при длительной терапии. Эриксон стремился максимально сократить продолжительность лечения. Он прибегал к длительной терапии, только когда не мог решить проблему быстрее. Вместо регулярных сеансов несколько раз в неделю, он по мере необходимости назначал пациентам встречи разной длительности.

Даже то, как он рассказывал о краткосрочной терапии, было парадоксально. Он говаривал, что путь к быстрому изменению долог. Например, если вы добились изменения длительностью в одну секунду при симптоме продолжительностью в сутки, это уже существенный результат. Часто с помощью гипноза он в геометрической прогрессии увеличивал изменение — от одной до двух секунд, от двух до четырех и т.д. Маленькое изменение неминуемо вело к большому. Эриксон часто говорил: “Если вы хотите получить большое изменение, сначала добейтесь малого”.

“Короткая” терапия Эриксона тесно связана с реальной жизнью. Он практиковал терапию здравого смысла, ресурсы для которой черпал в социальном окружении пациента. При этом не имело значения, кем был пациент — парикмахером, продавцом одежды, официантом и т.д. Эриксон знал повседневную жизнь, знал, что такое обычная семья, и понимал, что происходит с детьми на разных этапах взросления. Он был знаком с проблемой старения и на собственном опыте познал боль и болезнь.

Директивная терапия

Традиционно терапевт был недирективным. Считалось неверным указывать человеку, что он должен делать, касалось ли это важных решений или повседневных событий. Существовало наивное предположение, что можно месяцами, даже годами вести беседы с клиентом, при этом ни разу не посоветовав, что конкретно он должен сказать или сделать.

Эриксон поступал наоборот. Он утверждал, что изменение возможно, только если терапевт директивен. Он также считал, что все сказанное или сделанное в присутствии клиента несет в себе указание; задача же заключается в том, чтобы делать это умело, а не просто пытаться избежать директивности.

Вовлечение членов семьи

Встречи с родственниками пациентов с точки зрения традиционного подхода считались неприемлемыми. Многие терапевты даже не говорили с ними по телефону, опасаясь нанести вред лечению. Как всегда, Эриксон действовал иначе и

охотно общался с родственниками своих клиентов. Он был одним из первых, кто начал приглашать для беседы всех членов семьи. Иногда он приглашал родителей вместе с ребенком, иногда без ребенка, и точно так же встречался с супружескими парами — то вместе, то по отдельности. Он одним из первых выработал особые процедуры, убеждающие уклоняющихся родственников посетить терапевта. Например, если муж не появлялся, невзирая на все приглашения, Эриксон начинал организовывать его приход. Разговаривая с женой, Эриксон заявлял: “Ваш муж, скорее всего, понимает это таким образом”. В другом случае он говорил: “Я уверен, что у вашего мужа такая-то точка зрения”. Каждый раз при этом он предлагал точку зрения или понимание, которые были заведомо неверными и не могли отражать мнение мужа. Когда жена приходила домой, муж расспрашивал ее, как прошла встреча с терапевтом. И она сообщала мужу, какое неверное представление о его взглядах выказывает Эриксон. Вскоре муж заявлял, что “пора направить этого психиатра на путь истинный”, и являлся к Эриксону.

Эриксон чувствовал себя легко, работая с семьями. Если Фрейд говорил, что не знает, что делать с родственниками своих пациентов, то Эриксон утверждал, что знает. Он на практике определил, что симптомы представляют собой контракты между родственниками, а не просто отражение индивидуальных черт больного. Эриксон порой вовлекал в лечение друзей и сослуживцев своего клиента. Не беспокоясь о поддержании мистических взаимоотношений с пациентом, он рассматривал человека и в его профессиональном, и в социальном окружении.

Подведем итоги. Традиционный терапевт был недирективным консультантом отдельно взятого пациента. Его работа заключалась в создании условий для того, чтобы его клиент мог говорить и самовыражаться. Он не использовал гипноз, не давал указаний, избегал родственников и не опрашивал членов семей. Он не имел дела с конкретными симптомами. Он практически полностью полагался на интерпретации как орудие достижения изменений и в индивидуальной, и в групповой терапии.

По каждому из этих направлений Эриксон предлагал противоположное. Он активно участвовал в жизни своих клиентов, использовал гипноз, давал парадоксальные и прямые директивные указания, вовлекал в терапевтический процесс родственников, не делал интуитивных интерпретаций, не занимался групповой терапией, внушал амнезию и основное внимание уделял симптомам.

Если рассматривать многочисленные современные школы и общую линию развития всей отрасли, видно, что развитие

психотерапии все больше сдвигается в сторону эриксоновского подхода. Его методы сейчас повсеместно изучаются и принимаются, тогда как действия его бывших оппонентов постепенно превращаются в анахронизм. Если бы сейчас Эриксону было пятьдесят лет и он был бы в расцвете своего мастерства, я уверен, он стал бы лидером психотерапии. Кому-то может стать грустно от мысли, что Эриксон лет на двадцать опередил свое время и в молодые годы не был оценен по заслугам. Однако, на мой взгляд, лучше думать о том, что именно он помог создать современную терапию. Если бы Эриксон не делал свое дело и не обучал своим методам огромное количество людей, у нас, возможно, не было бы тех идей и возможностей, которые мы имеем сегодня.

Выбрать для рассказа лишь один аспект работы Эриксона означало бы пренебречь другими аспектами. Сложность, которую он ценил в людях, была в полной мере присуща ему самому. Подчеркивая интерес Эриксона к людям в реальном мире, следует вспомнить и то, что он в достаточной мере развивал и мир фантазии. Для Эриксона человеческий разум был домом с множеством комнат, где входы и выходы не связаны между собой. У человека могут быть секреты и от других, и от себя самого. Эриксон чувствовал себя во внутреннем мире человека и мире его фантазий так же комфортно, как в мире детских проблем с арифметикой.

В данной статье я попытался осветить некоторые общие и частные спорные вопросы, связанные с работой и личностью Милтона Эриксона. Выполняя эту задачу, я в полной мере понял утверждение Эриксона о том, что любая идея о человеке, сформулированная четко и осознанно, значительно упрощает сложность предмета. И это в первую очередь относится к тому, что я говорил здесь об этом замечательном человеке и его работе.

Я думаю, что со временем люди поймут его лучше, чем мы сейчас. Поэтому в заключение мне хотелось бы перефразировать высказывание А.Н. Уайтхеда об одном докладчике. Я надеюсь, что своим рассказом мне удалось высветить глубокую тьму, которую представляет собой тема “Милтон Эриксон”.

4. О терапии испытанием (1984)

Однажды ко мне за помощью пришел адвокат, страдающий бессонницей. Нехватка сна уже начала отражаться на его карьере: он засыпал в зале суда. Даже большие дозы снотворного не давали более одного-двух часов забытья. Я только начал вести частную практику, и этот человек, был направлен ко мне для лечения гипнозом. Однако гипнотическому воздействию он поддавался плохо; по сути, на гипноз он реагировал так же, как и на попытки заснуть — неожиданно вскакивал, абсолютно проснувшийся и чем-то встревоженный. После нескольких встреч я стал думать, что гипноз не сможет помочь ему решить проблему сна. Тем не менее я чувствовал, что обязан что-нибудь предпринять. Адвокат уже прошел курс традиционной терапии, а бессонница все усугублялась, и он начал опасаться за свою способность нормально жить и работать.

Он утверждал, что с ним и его жизнью все в порядке — работой, женой и детьми он вполне доволен. Единственной проблемой была бессонница: “Когда я начинаю засыпать, что-то резким толчком будит меня, и затем я часами лежу без сна”.

Наконец, я решился на эксперимент. Я предложил этому человеку перед сном создать вокруг себя приятную обстановку, а жена пусть принесет ему, как и прежде, чашку теплого молока прямо в постель. Затем, уже лежа и приготовившись ко сну, он должен начать думать о всяких омерзительных вещах, какие только может вообразить. Я попросил его потренироваться думать о таких мерзостях и гадостях в беседе со мной, но у него это никак не получалось. Тогда я предложил ему выдумать гипотетического “мистера Смита” и представить, что все эти отвратительные мысли принадлежат ему. “Мистер Смит” помог адвокату живо представить убийство, гомосексуальный акт и т.п. Перед его уходом я еще раз напомнил, что вечером, вместо попыток уснуть, он должен прокручивать у себя в голове подобные мерзости. Он спросил: “Например, как отдать мою жену в бордель?” — “Хорошая мысль”, — ответил я.

Придя домой и выполнив все мои указания, он немедленно уснул и проспал всю ночь. С этого момента, используя описанный прием, мой клиент полностью избавился от бессонницы.

Тогда, в 50-е годы, не было психотерапевтической теории, способной объяснить этот прием и его действенность. Единственной была психодинамическая теория вытеснения, которая утверждала, что, если заставить человек думать о неприятных вещах, он скорее будет бодрствовать, нежели спать,

так как вытесненные мысли приблизятся на опасное расстояние к сознательному уровню.

В то время не было также объяснения быстрому излечению, так как не существовало теории краткосрочной психотерапии. Предполагалось, что при кратковременном воздействии терапевт просто делает меньше, чем при обычной длительной терапии. Поэтому мои указания невозможно было объяснить рационально. Ломая голову, почему этот прием и подобные ему отлично срабатывают, я решил проконсультироваться у Милтона Г. Эриксона.

Я обучался гипнозу у доктора Эриксона и обсуждал с ним гипноз в рамках исследовательского проекта. Позднее я сам стал вести занятия по гипнозу с местными врачами и психологами. Но, приступив к терапевтической практике, я понял, что изучать гипноз и обучать гипнозу еще не значит уметь лечить гипнозом. Я знал, как ввести человека в гипнотическое состояние, как погрузить его в глубокий транс и как на языке метафор говорить с ним о его проблемах. Но я понятия не имел, как изменить его с помощью гипноза.

Милтон Эриксон был в те годы единственным доступным мне консультантом по гипнозу и краткосрочной терапии. Я знал, что он использует и множество негипнотических методов. Фактически, он был единственным из известных мне людей, кто предлагал что-то новое в теории и практике психотерапии.

Расспрашивая доктора Эриксона, я обнаружил, что для изменения клиентов он применяет приемы, использующие специальные “тяжелые испытания”, похожие на то, что я придумал для адвоката. Я нашел объяснение и случаям, над пониманием которых так долго бился. Например, однажды я вылечил женщину, страдавшую от сильных головных болей, потребовав, чтобы она намеренно вызывала у себя головные боли и тем самым научилась их контролировать. После разговора с Эриксоном я понял, что его терапевтические методы включают в себя парадоксальные вмешательства как раз такого типа.

Представляю вам рассказ самого доктора Эриксона об использования тяжелого испытания для лечения бессонницы:

“Пришел ко мне как-то шестидесятипятилетний человек, который последние пятнадцать лет страдал от бессонницы. Три месяца назад умерла его жена, и он жил со своим неженатым сыном. Все это время он ежедневно принимал амитал натрия, пятнадцать капсул, по три грана каждая. Ложась в восемь часов вечера спать, этот человек ворочался до полуночи, затем принимал свои пятнадцать капсул, выпивал пару стаканов воды, снова ложился и засыпал на полтора-два часа. Потом он

просыпался и опять ворочался до утра. Так происходило каждую ночь. Однако с тех пор, как умерла его жена, снотворное перестало действовать. Старик отправился к семейному врачу и попросил его выписать рецепт уже на восемнадцать капсул. Врач испугался, что сделал своего пациента зависимым от барбитуратов, и направил его ко мне.

Я спросил старика, действительно ли он хочет избавиться от бессонницы и покончить с зависимостью от лекарств. Он искренне подтвердил свою готовность. Тогда я сказал, что это будет совсем несложно. Из его рассказа я узнал, что он живет в большом доме с паркетными полами. Старик готовил и мыл посуду, а сын выполнял всю работу по дому — в том числе и натирку полов, которую старик ненавидел. Он, в отличие от сына, терпеть не мог запаха мастики. Итак, я объяснил старику, что смогу его вылечить, и это будет ему стоить всего лишь восьми часов сна. Готов ли он отказаться от восьми часов сна, чтобы навсегда излечиться от бессонницы? Старик сказал, что готов. Тогда я сказал, что ему придется немного поработать, и он согласился.

Я объяснил ему, что вместо того, чтобы ложиться спать вечером в восемь часов, он должен будет достать банку мастики и несколько тряпок. “Это будет стоить вам всего полтора, в худшем случае — два часа сна. Итак, вы начнете натирать полы. Вы возненавидите это занятие, вы возненавидите меня; время будет тянуться бесконечно, и вы ни разу не подумаете обо мне хорошо. Но вы будете полировать эти паркетные полы всю ночь, а утром в восемь часов отправитесь на работу. Натирать полы прекратите в семь часов, чтобы успеть собраться на работу. Следующим вечером в восемь часов снова принимайтесь за натирку полов. Вы отполируете эти проклятые полы через не могу, но потеряете при этом не больше двух часов сна. На третью ночь делайте то же самое и на четвертую ночь тоже”. Старик натирал полы всю первую ночь, вторую и третью. На четвертую он сказал: “Я совсем замучился, следуя указаниям этого ненормального психиатра, но и в противном случае мне было бы не легче”. Он уже потерял шесть часов сна, осталось еще два, прежде чем я его окончательно вылечу. И он сказал себе: “Думаю, я могу прилечь немного и дать глазам отдохнуть полчасика”. Он проснулся в семь утра. Вечером старик забеспокоился: следовало ли ему ложиться, если он должен мне еще два часа сна? И тогда он пошел на компромисс. В восемь часов вечера он, как обычно, подготовил банку мастики и тряпки, но лег в постель, поставив себе условие: если в пятнадцать минут девятого он все еще будет видеть часы, то встанет и начнет натирать пол.

Спустя год он рассказывал мне, что спит каждую ночь: “Вы знаете, я не осмеливаюсь страдать от бессонницы. Я смотрю на часы и говорю себе: “Если через пятнадцать минут я не буду спать, я как миленький встану полировать полы!” Вы знаете, старик готов был делать все что угодно, лишь бы избежать полирования полов, — даже спать”.

Когда доктор Эриксон описал мне этот случай, я сразу же понял, что процедура, предложенная мной адвокату, была по сути той же самой. Я дал адвокату задание, выполнения которого он стремился избежать даже ценой потери бессонницы. То же самое сделал клиент доктора Эриксона. Это был прием, основанный на простом предположении: если для человека тяжелее иметь симптом, нежели отказаться от него, человек расстанется с этим симптомом. Годами я использовал этот тип вмешательства, и в данной главе я опишу ряд вариаций на тему “тяжелых испытаний”.

Тяжелое испытание отличается от других терапевтических приемов, созданных Милтоном Эриксоном. Использование метафоры, например, когда он меняет “А”, подчеркивая “В”, не является испытанием. Метафорический подход часто требует от клиента лишь внимательно слушать терапевта. Подобным же образом накопленные Эриксоном приемы изменения резко отличаются от “тяжелого испытания”. Человек, которого просят расстаться с болью на одну секунду, а затем продлить перерыв до двух секунд, до четырех и т.д., улучшает в геометрической прогрессии свое состояние, не выполняя при этом никакого тяжелого задания.

Исследуя новшества доктора Эриксона в использовании парадокса, легко заметить, что он заставлял человека намеренно вызывать у себя мучительный симптом, и это не является процедурой тяжелого испытания. Или является? Не попадает ли это в категорию отказа от симптома с целью избежать испытания? Вполне вероятно, что терапия тяжелым испытанием — это не просто прием, а целая теория изменения, которая включает в себя ряд, на первый взгляд, различных терапевтических приемов. Прежде чем развивать это предположение, остановимся на описании различных процедур тяжелых испытаний.

Метод “тяжелого испытания”

Метод тяжелого испытания четко определяет задачу терапевта: дать клиенту испытание, соответствующее его проблеме, причем более суровое, чем сама проблема. Главное требование к заданию: оно должно причинять такое же, если не большее, неудобство, как и симптом (по принципу — наказание должно соответствовать преступлению). Обычно, если испытание

недостаточно сурово, чтобы уничтожить симптом, оно может быть усилено до невыносимой суровости. Лучшим является то испытание, которое полезно конкретному человеку. Полезные вещи всегда тяжело делать, особенно тем, кто обращается к терапевтам. Примерами того, что полезно для человека, являются зарядка, интеллектуальные упражнения, здоровое питание и другие действия, направленные на самосовершенствование. Испытания могут также требовать от клиента жертв в пользу окружающих.

Другая характеристика испытания: это должно быть что-то, что человек может сделать и чему не имеет права возразить. Оно должно быть таким, чтобы терапевт мог легко сказать: “Это не нарушает ваши моральные принципы, и вы можете это выполнить”. И последнее требование к терапевтическому заданию: оно не должно причинять вреда ни самому клиенту, ни окружающим.

Соответствующее перечисленным требованиям испытание может быть грубым, как каменный топор, или искусным и тонким, как скальпель хирурга. Оно может быть стандартным для лечения ряда проблем. Или же может быть тщательно разработано для конкретного человека или семьи и ни для кого больше. Примером стандартного испытания может быть занятие физкультурой среди ночи каждый раз, когда накануне днем случается симптом. Описание примеров испытаний, придуманных для конкретных клиентов, займет слишком много места. Примеры испытаний для конкретных клиентов читатели найдут в данной главе.

И последний момент: иногда клиенту нужно несколько раз пройти через испытание, чтобы избавиться от симптома. В других случаях для излечения достаточно одной лишь угрозы выполнения задания. То есть, когда терапевт разрабатывает процедуру тяжелого испытания и пациент соглашается выполнить его, он или она часто забывают о симптоме еще до начала выполнения задания.

Виды тяжелых испытаний

Ниже перечислено несколько видов испытаний с иллюстрирующими их примерами.

Четко сформулированное задание. Терапевт определяет проблему и требует, чтобы каждый раз, когда клиент с ней сталкивается, он выполнял определенное задание, четко и ясно сформулированное. Во время беседы терапевт выясняет, часто даже не объясняя клиенту цели, чем полезным ему следует больше заниматься. Типичный ответ — физические упражнения. Тогда терапевт дает клиенту задание выполнять определенное

количество упражнений каждый раз, когда проявляется мучающий его симптом. Лучше всего, чтобы эти упражнения делались посреди ночи. То есть человек идет спать, ставя будильник на три часа ночи, затем просыпается и выполняет упражнения. Затем он снова ложится спать, и наутро вся процедура кажется сном или, скорее, кошмарным сном. Упражнения должны быть достаточно тяжелыми, чтобы на следующий день в мышцах ощущалась натруженность.

Приведу пример. Человеку, испытывавшему сильное волнение и тревогу во время публичных выступлений (необходимых ему по работе), я предписал делать физические упражнения каждую ночь в те дни, когда он волновался больше, чем следовало. Упражнения должны были быть достаточно интенсивными, чтобы на следующий день во время выступления чувствовалась боль в мышцах. Прошло немного времени, и он стал на удивление спокойным оратором. Подобный прием я узнал от доктора Эриксона, описавшего процедуру подобного типа, в которой упор делался на использование физической энергии:

“У одного моего пациента была ритуальная реакция на телевыступления — фобическая и паническая: за пятнадцать минут до выступления он с трудом говорил, задыхался, и сердце выпрыгивало из его груди. Но со словами: “Вы в эфире” — все симптомы исчезали, и он легко и непринужденно вещал по телевидению. Однако с каждым днем ему становилось все хуже и хуже. Поначалу период волнения длился одну-две минуты; к тому времени, когда он обратился ко мне, это растянулось до пятнадцати минут. Клиент опасался, что реакция может увеличиться до двадцати минут, до получаса, до часа и начнет мешать его работе на телевидении. На следующий день я выяснил его “сонные” привычки и объяснил, что проблема коренится в переизбытке энергии. Как и следовало ожидать, его сон также был превращен в ритуал. Он всегда ложился в одно и то время. Всегда вставал в одно и то же время. Когда я понял, как много энергии бьется у него внутри, я спросил, почему бы не использовать энергию, которую он так бездарно тратил (Эриксон демонстрирует тяжелое, прерывистое дыхание)? Сколько приседаний могло бы ежедневно понадобиться? Я сказал ему, что не знаю точно, сколько энергии на это уйдет, но думаю, следует начать с двадцати пяти (по утрам, перед выходом на работу), хотя я считал, что требуется по меньшей мере сто приседаний. Но он мог начать лишь с двадцати пяти... Занятие-то, вообще говоря, мало приятное... На следующий день он не мог нормально ходить, и боль в мышцах постоянно напоминала ему о том, что он израсходовал массу энергии. А на это сил не осталось

(демонстрирует тяжелое дыхание). Он полюбил этот способ расходования энергии. Он делал полуприседания, глубокие приседания и считал, что они весьма полезны для потери веса. Затем он начал заниматься в спортзале, и посещение спортзала стало его ежедневным ритуалом.

Через некоторое время он снова пришел ко мне и сказал: “Моя проблема вернулась. Я заметил однажды, что перед программой я сделал несколько глубоких вдохов, а перед следующей программой количество вдохов увеличилось, так что это опять началось. Что же вы теперь собираетесь делать? Потому что упражнения уже не помогают. У меня, видимо, слишком много энергии”. Я сказал: “То, что с вами происходит, — это проявление глубокой психологической реакции”. Он согласился. Тогда я продолжил: “Что же, представьте, что мы работаем на психологическом уровне. Я знаю, как вы привыкли засыпать. В десять часов вы заканчиваете свою телепередачу. Едете прямо домой. Докладываете события дня своей жене и сразу ложитесь спать. Вы спите восемь часов. У вас здоровый сон. Вам нравится спать, вы спите крепко. Поспите четыре часа, затем встаньте и выполните сто приседаний. Он сказал: “Вставать среди ночи — я это ненавижу”. Я ответил: “Да, вы можете потратить массу психической энергии, ненавидя это. Как вы будете себя чувствовать психологически, каждый вечер ставя будильник и понимая, что потратите много психической энергии, которая в противном случае найдет выход в задыхании перед микрофоном и телекамерой? Вы можете выбросить жуткое количество психической энергии двумя способами: устанавливая будильник на обычное время и психологически осознавая, как вам не хочется вставать через четыре часа и делать приседания”.

Какое-то время эта аналогия работала. И вот он снова пришел ко мне... Я сказал: “Итак, у вас снова избыток энергии”. Он ответил: “Верно”. Я спросил: “Тогда скажите мне, какова мечта вашей жизни?” Он сказал: “Иметь дом для себя, жены и детей”. Я заметил: “Да, действительно, придется вам попотеть, чтобы купить дом и иметь газон для стрижки”. Он сообщил: “Жена все время наседала на меня, а я отказывался шевелиться, но в этом месяце мы его все же покупаем”. Его проблема больше не возвращалась. У него был дом. У него был двор. И не было излишков энергии”.

Приведенный случай является не только типичным примером эриксоновской терапии тяжелым испытанием, но и служит иллюстрацией того, как Эриксон сначала создавал терапевтическую процедуру, а затем встраивал ее в повседневную жизнь пациента, чтобы воздействие продолжалось и без терапии.

Когда применяется метод четко сформулированного задания, таким заданием может быть все, что клиент сам определяет как полезное для себя. Классический случай лечения бессонницы по Эриксону — задание проводить всю ночь за чтением книг, которые клиент собирался прочесть, но постоянно откладывал. Так как сидя в кресле клиенты могли уснуть, доктор Эриксон требовал, чтобы они читали стоя. Это задание ставило клиентов перед выбором: либо спать и проститься с бессонницей, либо прочесть, наконец, то, что давно следовало. Эриксон пишет, как один из клиентов видел свое будущее: “Если проблема вернется, я встречу ее во всеоружии. Я уже купил полное собрание сочинений Диккенса”. Подобные решения дают клиентам уверенность в том, что они сами справятся с проблемой, если она возникнет снова.

Парадоксальные задания. Тяжелое испытание само может быть болезненным симптомом — и таким образом быть парадоксальным. Задание формулируется так, что пациент получает разрешение сохранять проблему, от которой он желал избавиться с помощью терапевта. Например, человеку, который хочет избавиться от депрессии, предлагают определить ежедневное время возникновения депрессии. Лучше всего, если это будет время, когда клиент предпочел бы делать что-нибудь другое. Например, терапевт может назначить клиенту время депрессии на те редкие часы, когда тот свободен от всех обязанностей: дети уложены, и есть немного времени, чтобы расслабиться и посмотреть телевизор.

Разве не тяжелым испытанием является парадоксальное вмешательство, когда пациентов просят испытать то, от чего они хотят избавиться? Пример — прием “утрирования” в бихевиоральной (поведенческой) терапии: человеку, боящемуся клопов и желающему избавиться от этого страха, предлагают пережить крайнюю степень страха, представляя, как по всему телу кишмя кишат клопы. Этот тип парадоксального вмешательства есть не что иное, как тяжелое испытание. Точно так же требование новых ссор от скандальной супружеской пары или просьба довести отношения до разрыва, которого пара хотела бы избежать, являются не просто парадоксальным вмешательством, но и тяжелым испытанием.

С другой стороны, если терапевтический парадокс определяется как протест пациента против терапевта, проявляемый через отказ вести себя в соответствии с проблемой, то в этом случае необходимо тяжелое испытание, заставляющее человека сопротивляться.

Еще один важный аспект парадоксального вмешательства — оно переводит непроизвольное действие, чем по определению

является симптом, в намеренное. Человек должен намеренно делать то, чего он не может не делать, например, спонтанно есть, или отказываться от пищи, или испытывать боль, или беспокоиться. Когда все это делается сознательно, это уже, по определению, не симптом. Получив задание, человек, например, должен намеренно вызывать симптом каждый раз, когда он возникает непроизвольно, и таким образом симптом превращается в задание испытывать симптом. Если у человека два симптома, можно потребовать вызывать один из них сразу же, как только проявляется другой, тем самым дав парадоксальное задание, воздействующее сразу на оба симптома. Например, человек, страдающий одновременно и компульсивным поведением, и крайней застенчивостью, получает задание общаться с незнакомыми людьми каждый раз, когда ведет себя компульсивно.

Терапевт как испытание. Существует несколько видов испытаний, которые эффективны лишь потому, что влияют на отношения клиента с терапевтом. Все тяжелые испытания исходят от терапевта, а их результативность зависит от его личности, но некоторые из них специально ориентированы на терапевта.

Например, когда терапевт “переопределяет” некий поступок, сообщение становится испытанием. Любой поступок, рассматриваемый клиентом с одной точки зрения, может быть описан терапевтом с менее приемлемой стороны и стать чем-то таким, что не нравится клиенту. Например, клиент описывает свои действия как месть, а терапевт называет их защитой и выполнением своих требований. Или же поступок, который клиент считает независимым, терапевт может определить как реакцию на свои предписания и представить дело так, что клиент предпочел бы не совершать больше ничего подобного.

Другой вид тяжелых испытаний — приемы конфронтации, используемые некоторыми терапевтами. Когда терапевт заставляет клиента столкнуться лицом к лицу с тем, чего тот всеми силами избегает, и намеренно вызвать болезненные ощущения, это может считаться тяжелым испытанием. Испытанием являются и интуитивные толкования, неприятные для клиента. В таких случаях скорее сама по себе терапия, нежели какое-то определенное действие терапевта, становится испытанием для человека, причем испытанием, которое длится до тех пор, пока не исчезает проблема.

Гонорар терапевта может быть использован как испытание, если связать его рост с продолжением или усугублением симптома. Кстати, это один из весьма любимых терапевтами видов тяжелого испытания.

Испытания, вовлекающие двух или более участников. Испытание может предназначаться как одному человеку, так и группе людей. У Милтона Эриксона была разработана серия тяжелых испытаний для лечения детей, предназначенных и родителям, и ребенку. Типичным приемом было дать задание ребенку, страдающему энурезом, практиковаться в каллиграфии каждый раз, когда кровать утром оказывается мокрой.

Мать ребенка была обязана ежедневно просыпаться на рассвете и, если кровать оказывалась мокрой, будить ребенка и помогать ему тренировать почерк. Если кровать была сухой, ребенку выполнять задание не требовалось, — но матери все равно приходилось просыпаться на рассвете. Такая процедура — тяжелое испытание как для матери, так и для ребенка, которое завершалось прекращением энуреза и улучшением почерка, к их обоюдной гордости.

Для семейной пары испытание может включать в себя церемонию “похорон” прошлой измены одного из супругов. В этом случае испытание, на первый взгляд, должно заставить страдать обидчика, но на самом деле оно предназначено обоим. Или же задание выполняет вся семья, когда плохо ведет себя один из ее членов.

Все эти примеры показывают широкий выбор возможностей, и терапевту порой следует предложить испытание, которое заставит человека скорее расстаться с симптоматическим поведением, нежели выполнить его. Однако необходимо провести четкое разграничение между терапевтическими испытаниями, полезными для клиента, и испытаниями, приносящими клиенту страдания, — либо к выгоде терапевта, либо по причинам общественных установлений. Просто упрятать человека в тюрьму за воровство еще не означает дать ему терапевтическое испытание; это всего лишь метод общественного контроля. Терапевты должны быть внимательными и не допускать публичного преследования под предлогом терапии. Для большей ясности: задание должно быть добровольным и полезным для того, кто его выполняет, но не обязательным, кроме тех случаев, когда результатом становится успешное достижение изменения по желанию клиента.

Каждый должен четко осознавать контекст терапевтического вмешательства. Например, Милтон Эриксон однажды изобрел процедуру, в которой мама садилась верхом на своего несдержанного сына, чтобы помочь ему стать менее агрессивным. Позднее такая процедура была подхвачена рядом детских учреждений как силовой способ принуждения детей вести себя определенным образом. Однако есть большая разница между

любящей матерью, исправляющей ребенка для его же пользы и под руководством терапевта, и персоналом детского учреждения, отыгрывающимся на ребенке под прикрытием помощи.

Тяжелые испытания, возникают ли они в результате случайных жизненных обстоятельств или целенаправленно создаются в ходе психотерапии, не имеют положительного эффекта сами по себе. Испытание может пойти на пользу, только когда оно используется мастерски. Для применения этих техник требуется особое мастерство, впрочем как и для любого успешного лечения. Профессиональный разрез скальпелем резко отличается от тыканья ножом куда попало. Подобно этому, нечаянно заставить страдать человека — это одно; а создать ситуацию добровольного испытания — совершенно другое.

Этапы терапии испытанием

Как любое плановое лечение, терапия испытанием должна быть последовательным процессом, с тщательно продуманными этапами.

1) *Проблема должна быть четко определена.* Испытание лучше работает, если опирается на ясно очерченную проблему. К примеру, клиента можно спросить, может ли он определить разницу между нормальной тревожностью и чрезмерной тревожностью, от которой он хотел бы избавиться с помощью терапии. Каждый в определенных ситуациях волнуется, и разграничение должно быть четким, так как задание должно выполняться только при возникновении ненормальной тревожности. Иногда разница становится заметнее после выполнения тягостного задания, и клиент начинает относиться к лечению более серьезно. Кто-то может использовать тяжелое испытание как средство от скуки или неполноты жизни, как способ разнообразить жизнь, однако такого рода процедура должна проводиться с большей осторожностью, чем в случае испытания попроще, следующего за конкретным симптоматическим проявлением.

2) *Человек должен стремиться к излечению.* Если человек проходит через испытание, он должен действительно хотеть избавиться от существующей проблемы. Желание вылечиться не всегда присутствует к началу терапии. Терапевт должен помочь клиенту в развитии мотивации для столь решительного шага. Выказывая доброжелательную заинтересованность, терапевт должен сформировать у клиента готовность преодолеть проблему. Методы здесь те же, что и при убеждении клиента следовать указаниям терапевта, только с дополнительным уточнением, что выполнять задание будет неприятно. Обычно терапевт подчеркивает серьезность проблемы, обсуждает

неудачные попытки избавиться от нее, представляет проблему в виде задачи, с которой клиенту надо решительно справиться, и делает особое ударение на том, что тяжелое испытание — это стандартный и всегда успешный прием.

Важным стимулом для многих клиентов в такой ситуации является желание пройти через испытание, чтобы доказать, что терапевт не прав. Такие люди, как правило, уже испробовали множество способов избавиться от своей проблемы; и если терапевт настаивает на том, что именно его метод сработает, клиенту поверить в это нелегко. Однако единственный способ опровергнуть это — пройти испытание. В результате достигается терапевтический эффект.

Еще один способ мотивации — сказать клиенту, что возможность излечения существует, но реализовать ее можно, только если клиент заранее согласится выполнить требуемое. Иногда клиентам предлагается прийти снова через неделю, но только если они будут готовы выполнить то, что им предпишут. Заинтригованные возможностью излечения, но не верящие в это, они попадают в ситуацию, когда должны согласиться что-то сделать только ради того, чтобы выяснить, что же это такое. И таким образом они вынуждены выполнять задание.

Не следует забывать, что большинство испытаний эффективны только в связи с терапевтом. Они выполняются либо для доказательства неправоты терапевта, либо ради подтверждения того, что быстрое излечение произошло именно благодаря этому терапевту. Типичный случай, например, когда терапевт просит клиента не спать всю ночь или же проснуться среди ночи и час убирать квартиру. И всегда при этом подчеркивается, что сам- то терапевт этого делать не будет. Терапевт может сказать: “Понимаю, как нелегко просыпаться среди ночи. Ведь сам я так люблю крепко спать всю ночь напролет”. Соответственно, когда человек ночью бодрствует, он думает о терапевте, наслаждающемся в это время сном.

3) *Испытание должно быть выбрано.* Выбор делает терапевт, но лучше, если в сотрудничестве с клиентом. Испытание должно быть достаточно суровым, чтобы преодолеть симптом, оно должно приносить клиенту пользу, быть четким и недвумысленным, выполнимым для клиента и приемлемым с точки зрения приличий. Оно должно иметь строго определенные начало и конец.

Испытание будет пройдено скорее, если клиент участвует в его выборе. Когда клиенту объясняют, что он должен сделать что-то добровольно, и тогда непроизвольная реакция симптома уменьшится, он начинает размышлять о том, какие задачи нужно

поставить перед собой. Терапевт должен настоять, чтобы испытание приносило пользу, а не было своего рода наказанием. Если клиент сам придумывает для себя испытание, то он будет склонен выполнять его с большим энтузиазмом, а при необходимости увеличить тяжесть испытания его реакция будет более положительной.

4) *Испытание должно сопровождаться пояснениями.* Терапевту следует давать точные и определенные указания, исключающие двусмысленность. Он должен объяснить, что задание необходимо выполнять только при симптоматическом поведении и только в установленное для этого время. То, что должно быть сделано, необходимо подробно расписать. Порой необходимо дать испытанию рациональное объяснение. Обычно это вариация на тему: если клиент сделает что-то более тяжкое для себя, чем симптом, симптом исчезнет. Однако есть люди, которым лучше ничего не объяснять, а просто дать задание. Таинственный подход лучше воздействует на интеллектуалов, которые могут опровергнуть любое рациональное обоснование и доказать, что все это совсем не обязательно.

Если, несмотря на все объяснения, испытание остается слишком сложным, и для клиента, и для терапевта полезно описать его на бумаге.

5) *Испытание не отменяется, пока проблема не решена.* Задание должно выполняться каждый раз, когда его следует выполнять, и не отменяется, пока симптоматическое поведение не исчезнет. Контракт обыкновенно заключается на всю жизнь.

6) *Испытание связано с социальным контекстом.* Тяжелое испытание заставляет человека меняться, и это очень важно.

Терапевту необходимо осознавать, что симптомы являются отражением путаницы в социальном окружении, обычно в семье. Существование симптома показывает, что социальная иерархия нарушена. Поэтому, когда терапевт воздействует на симптом, он вызывает изменения и в социальном окружении, которое ранее было приспособлено под симптом (если, например, у жены имеется симптом, который помогает держать мужа в положении заботящегося о ней начальника). Это распределение ролей быстро меняется, когда жена выполняет задание, избавляющее ее от симптома. Они с мужем должны обсудить условия новых отношений, которые не будут включать в себя симптоматическое поведение. Точно так же человек, излечившийся от алкоголизма, должен потребовать изменений в своей семье, так как ее членам уже нет необходимости приспосабливаться к его симптому. Терапевту необходимо понять функцию конкретного симптома в социальном окружении клиента. Если он не может этого сделать,

проводить лечение следует осторожно и необходимо внимательно следить за отзвуками происходящих изменений.

Социальные изменения, связанные с изменением в поведении клиента, вызывают у него определенную реакцию. Вполне вероятно, что клиент будет расстроен, и это расстройство является психологическим изменением, связанным с социальными последствиями исчезновения симптома. Верно использованный прием тяжелого испытания не просто изменяет незначительные проявления поведения, он побуждает человека сдерживать себя, чтобы не выполнять задание. Этот терапевтический подход может вызвать глубокие изменения в личности клиента, являющиеся частью сдвигов в его социальном окружении. Одним из знаков глубинного изменения может служить рассказ клиента о том, что в момент изменения он как будто сошел с ума. Иногда, как только испытание доказывает свою эффективность, клиент звонит терапевту и говорит, что происходит что-то странное. Терапевт в этом случае должен заверить его, что происходящее является частью ожидаемого изменения, и помочь ему реорганизовать свою жизнь.

Обобщим: симптомы выполняют определенную функцию в социальном окружении, и лучше всего, если при разработке задания будет учтена иерархия, существующая в семье клиента. Если, например, бабушка объединяется с ребенком против его матери, было бы неплохо предложить им обоим испытание, отдаляющее их друг от друга. Или если отец отказывается от своих обязанностей по отношению к семье, ему полезно принять участие в процедуре, помогающей проблеме его ребенка. Симптомы всегда приспособлены к организационным структурам, а значит при изменении симптома меняется и структура.

Предлагаю вашему вниманию пример, иллюстрирующий разработку испытания с учетом семейной организации. У шестнадцатилетнего юноши, недавно вернувшегося из психиатрической больницы, наблюдался мучительный симптом, заключающийся в засовывании различных предметов себе в задний проход. Он делал это в ванной комнате, вставляя себе в анус различные овощи, бумагу, салфетки и т.д. После этого он оставлял ванную замусоренной. Его мачеха была вынуждена убирать ее украдкой, чтобы другие дети не узнали о проблеме старшего брата.

Какое же испытание могло подойти для лечения столь неприятного поведения? Ведь оно должно быть не просто более тяжелым, чем проблема, чтобы парень отказался от своего поведения, но должно также идти ему на пользу. Более того, оно должно вызвать изменение в структуре организации его семьи.

Когда терапевт Маргарет Кларк поговорила с родителями, стало ясно, что вся проблема взвалена на мачеху мальчика, так же, как и проблемы других детей, в то время как отец всецело посвящал себя работе. Когда муж после развода остался с несколькими детьми на руках, он женился вторично и сбросил своих детей с их проблемами на новую жену. Ясно, что она обижалась, и это вносило напряженность в семейную жизнь. Когда проявилась проблема с мальчиком, родителям уже не оставалось времени, чтобы разбираться со своим супружеским конфликтом. Вероятно, в этом и состояла одна из функций симптома.

Вопрос был в том, подвергнуть ли испытанию только самого мальчика или же всю семью. Было решено вовлечь всю семью, отчасти потому что у мальчика не было мотивации к изменению, отчасти для достижения структурного изменения, чтобы симптом стал ненужным. Следующим шагом стал выбор способа вовлечения семьи. Казалось логичным возложить ответственность за процедуру испытания на отца, чтобы он отвечал за решение проблемы и меньше загружал жену. Отец и сын должны были вместе выполнять задание каждый раз, когда проявлялся симптом. Итак, оставалось выбрать испытание, соответствующее симптому.

Окончательным вариантом был следующий. Каждый раз, когда мальчик засовывал себе предметы в анальное отверстие и замусоривал ванную, отцу по возвращении с работы сообщали об этом. Отец выводил подростка во двор и заставлял его выкапывать яму глубиной и шириной в метр. Затем мальчик должен был положить в эту яму и засыпать землей все те предметы, которыми он замусоривал ванную. Как только симптом проявится снова, испытание должно повторяться, и так до бесконечности.

Отец педантично следовал указаниям, и через несколько недель симптом исчез. Это объясняется не только тем, что выполнение задания было делом нелегким. Мальчику просто перестало все это нравиться, что типично в случае верно выбранного испытания. Отец, довольный успехами сына, стал больше с ним общаться. Мать, довольная, что муж сумел решить такую ужасную проблему, стала более нежной с ним, так что проблема сына перестала выполнять объединительную функцию. У мальчика и его семьи были и другие проблемы, поэтому терапия продолжалась, но конкретный симптом быстро исчез и больше не проявлялся.

Описанный прием испытания можно охарактеризовать как крайне удачный: оно изменило структуру семейной организации,

включив в решение проблемы уклонявшегося от ответственности отца. Задание было более тяжелым, нежели симптом, — поди попробуй выкопать глубокую яму в мерзлой почве осенью. Отец должен был при этом стоять на холоде, контролируя выполнение задания, и поэтому его отношение к повторению симптома становилось все более негативным. Мальчик, копая яму, получал достаточную физическую нагрузку. Кроме того, копание ямы имело метафорическое и парадоксальное значение по отношению к симптому. Подросток вкладывал предметы в отверстие, и терапевт дал ему задание вкладывать предметы в отверстие. Таким образом, процедура включала в себя не только тяжелое испытание, но также метафору, парадокс и изменение в семейной организации. Как и большинство терапевтических процедур, тяжелое испытание тем лучше, чем больше аспектов ситуации затрагивает.

Тяжелое испытание как теория изменения

До сих пор мы обсуждали процедуру тяжелого испытания как терапевтический прием, который можно считать одним из многих возможных типов вмешательства с целью изменения. Если мы исследуем испытание в более широком контексте, оно предстанет перед нами не просто приемом, а теорией изменения, охватывающей множество терапевтических приемов. Можно ли сказать, что любой метод лечения эффективен, потому что явно или неявно включает в себя испытание?

Изучая другие теории изменения, можно обнаружить, что на этом рынке не так уж много конкурентов. Во-первых, есть различные варианты теории инсайта. Она опирается на утверждение, что мужчины и женщины по натуре рациональны, и если они сами себя поймут, они изменятся. Терапевтические школы, основанные на этой предпосылке, варьируются от погружающихся в подсознательные процессы до предлагающих разумные альтернативы в обучении родителей правильному обращению с трудными детьми. Относящиеся к этой школе теории “эмоционального выражения” также основываются на понятии вытеснения. Считается, что выражение подавляемых динамических эмоций, подобно инсайту вытесненных бессознательных идей, должно привести к изменению — либо через инсайт, либо через примитивный крик. Сопротивление должно преодолеваться путем обнаружения идей и выражения скрытых эмоций.

Вторая теория изменения восходит к теории обучения и предполагает, что люди изменяются тогда, когда меняется подкрепление, определяющее их поведение. Терапевтические процедуры варьируются от усиления позитивного подтверждения

до замены тревожности расслаблением и до аверсивной терапии (метод, заставляющий клиентов изменяться под воздействием отвращения).

Третья, чрезвычайно популярная ныне теория изменения опирается на идею о том, что люди — участники гомеостатической системы, и чтобы добиться изменения, следует заменить управляющих данной системой. После замены, произойдет ли она в результате усиления незначительного изменения или дезорганизации системы и вынужденного создания новой системы, проблемное поведение участников изменится. Большинство направлений супружеской и семейной терапии процветают в рамках теории систем.

Теории изменения этого типа имеют несколько особенностей. Прежде всего, в них можно найти объяснение любому результату любого лечения. Восторженные защитники той или иной теории скажут, что "настоящая" причина изменения объясняется именно их теорией. Так, теоретик инсайта будет утверждать, что люди, на своем опыте переживающие процедуры модификации поведения, меняются потому, что они "действительно" открывают через этот опыт свои возможности. Точно так же теоретик обучения заявит, что на самом-то деле терапевтические школы инсайта меняют у клиентов структуру подтверждений, и именно это приводит к изменению. Теория систем достаточно расплывчата, и поэтому ее последователи также могут утверждать, что любой терапевтический метод "по сути- то" меняет структуру социальной системы и, соответственно, меняет людей. Ведь вмешательство терапевта в систему нарушает ее баланс.

Другая особенность теорий изменения состоит в том, что их понятийная структура такова, что их невозможно опровергнуть. Теория, которую нельзя опровергнуть, подобна теории о существовании Бога и имеет шанс на вечную жизнь, если, конечно, для этого есть деньги.

Может ли тяжелое испытание как теория изменения принять вызов от других теорий? Конечно, оно также соответствует критерию неопровержимости. Можно утверждать, что все люди в процессе психотерапии проходят через тяжелое испытание. Даже самый изобретательный экспериментатор не может опровергнуть мнения о том, что любая терапия является испытанием. Чтобы начать лечение, нужно обратиться за помощью — и для многих это уже является тяжелым испытанием. Это означает, что человек потерпел неудачу в решении своей проблемы и вынужден признать, что нуждается в помощи. Кто не просит помощи, а проходит терапию в принудительном порядке и даже должен платить за это, подвергается еще более невыносимому испытанию

— его заставляют лечиться.

Опыт психотерапевтического лечения едва ли напоминает прогулку по розарию. В терапии, основанной на использовании инсайта, клиент переживает неприятные чувства, исследуя и погружаясь в мир подавляемых мыслей и неутоленных потребностей. Если клиент возражает против копания в своем нутре, терапевт скорее всего назовет протест сопротивлением и будет его “преодолевать”. Человек должен выдержать тщательное исследование того, о чем предпочел бы вообще не думать. Интерпретируется всегда то, что человек в себе не принимает. Фрейд, если говорить простым языком, утверждал, что оплата услуг терапевта должна быть жертвой, принесенной на алтарь психоанализа, что, собственно, является неосознанным признанием тяжелого испытания. В форме ортодоксальной психодинамической терапии или одной из бурлящих конфронтационных групп, где людей заставляют смотреть в лицо своим глубинным, сокровенным кошмарам, школа инсайта явно опирается на предпосылку, что тяжелое испытание является основой для изменения.

Бихевиористы не заставляют людей вытаскивать на свет Божий свои наиболее неприятные мысли; они делают акцент на положительных сторонах подкрепления. Тем не менее, опыт терапии сам по себе подразумевает скуку выслушивания лекций по теории обучения, а также запрограммированное поведение как ответ на собственное личностное расстройство. Тяжелым испытанием может стать и негуманная реакция на проблему клиента. Конечно, модификация поведения происходит и при использовании аверсивных методов, основанных на таких тяжелых испытаниях, как “битье” людей словом или электрическим током при проявлении болезненных симптомов. Даже такие мягкие на вид приемы, как разработанная Джозефом Волпом процедура обратного торможения, в которой клиенты представляют себе ситуации, вызывающие у них фобию, трудно назвать развлечением. Неприятно и утомительно сцену за сценой проигрывать в воображении пугающие ситуации, о которых и думать-то не хочется, не то что платить за это деньги.

Семейная терапия также предлагает тяжелые испытания — когда намеренно, а когда и неумышленно. Прийти вместе со своей семьей к специалисту и согласиться, что ты потерпел поражение как родитель, или ребенок, или супруг — настоящее испытание. Проанализировать, каким образом ты стал причиной отклонений в развитии личности одного из членов твоей семьи, да даже просто признать это — задача не из легких. Терапевты, использующие методы приятия, не советуют семье расставаться

со своими проблемами (подход, характерный для миланской группы). Другие терапевты применяют методы переживания и конфронтации, предлагая семье неприятные интерпретации ее членов, таким образом заставляя семью ощутить смутное желание очутиться где-нибудь в другом месте. Терапевты, которые любят, чтобы все члены семьи выплакались и выразили свои эмоции, концентрируют лечение вокруг невзгод своих клиентов.

Очевидно, что тяжелое испытание может рассматриваться как “реальная” причина изменения во всех современных направлениях психотерапии, какую бы теорию ни исповедовал терапевт. Должны ли мы ограничивать себя рамками только психотерапии, рассматривая данный вопрос? Что можно сказать о других аспектах человеческой жизни? В голову сразу же приходит религия. Разве не тяжелое испытание является крае-угольным камнем христианства? Изменение, или обращение, в христианстве явно не опирается на идею о том, что душу можно спасти вином и весельем; напротив, спасение приходит через несчастье и страдания. Когда христианин отказывается от радостей телесной любви и виноградной лозы и одевает власяницу, происходит обращение в веру. Благо ниспосланного несчастья является центром концепции спасения через страдание. В любом из христианских храмов мы прежде всего видим мученика, несущего свой тяжкий крест. Если говорить о специфических приемах, то старейшим христианским образом является исповедь — испытание, при котором человек должен ради спасения своей души открыть перед другим то, что хотел бы скрыть. Не менее устойчивой традицией является и покаяние, следующее за исповедью. Очевидно, что покаяние — это испытание, превращенное в ритуал. Подобно терапии тяжелым испытанием покаяние имеет две формы: покаяние как общепринятый обряд и покаяние для отпущения конкретных грехов конкретного грешника.

Заметим, что не только восточная и западная ветви христианства используют прием испытания. Бросив взгляд на восточные религии и философские течения, мы увидим, что несчастье является условием просветления. Не только восточные религии подчеркивают необходимость принятия страдания как дара, но и дзэн-буддизм, с его 700-летними приемами изменения людей, использует специальные испытания. Учитель дзэн ведет своих учеников к просветлению через наказание палками и требование находить ответы на неразрешимые вопросы — коаны. Просветление, подобно христианскому спасению и терапевтическому излечению, — это восхождение по болезненным ступеням к блаженству.

Другая сфера жизни, где постоянно происходят изменения, — политика. И здесь мы также встречаем испытания. Великие революционные движения, такие как коммунистические и социалистические, стремятся к изменениям людей в мировом масштабе. Для достижения этих изменений участники движения обязаны приносить жертвы и выполнять дисциплинарные задания. Каждое массовое движение для достижения некоей цели требует жертвоприношений и отказа от радостей жизни. Кажется очевидным, что если необходимо изменить человека или целое общество, тяжелое испытание становится стержнем процесса преобразования.

Рассматриваем ли мы тяжелое испытание как отдельный прием или как универсальную теорию изменения, его достоинства требуют дальнейшего исследования. Как у будущего предмета изучения и тренировки, у испытания есть аспект, требующий отдельного упоминания. Как любой способ воздействия на личность, прием тяжелого испытания может нанести большой вред в руках людей невежественных и безответственных, спешащих заставить других страдать. Более, чем другие приемы, он может быть употреблен во зло наивным и некомпетентным терапевтом. Мы ни на мгновение не должны забывать, что общество позволяет терапевтам помогать людям облегчать страдания, а не создавать их.

5. Воспоминания Эриксона: беседа Джея Хейли иДжона Уикленда (1985)

Ниже следует расшифровка видеозаписи, сделанная Джеем Хейли и преподнесенная им в дар Фонду Эриксона. Она была показана в программе эриксоновского конгресса.

Хейли: Когда ты впервые встретился с Милтоном Эриксоном?

Уикленд: Помнится, ты познакомился с ним раньше, чем я. Ты попал на его семинар, и с этого все и началось. Фактически, я не был с ним знаком до первой поездки в Феникс.

Х.: Тогда-то ты с ним и познакомился?

У.: Думаю, да.

Х.: Помню, что я хотел попасть на семинар по гипнозу, чтобы изучать гипнотическую коммуникацию в рамках проекта Грегори Бейтсона. Я услышал, что проводится выездной семинар в Сан-Франциско. И я спросил Грегори, могу ли попасть туда и поучиться гипнозу. Он спросил, кто проводит семинар, я ответил: Милтон Эриксон. Грегори обещал ему позвонить, и так я узнал, что он знаком с Эриксоном — они с Маргарет Мид обращались к нему за консультацией несколько лет назад.

У.: Бейтсон, похоже, знал практически всех. Но ты не думал, что он знаком с Эриксоном.

Х.: Итак, он позвонил Милтону и спросил, может ли его помощник записаться на семинар. Милтон ответил “да”.

Я отправился на этот семинар. Занятия проходили по обычной схеме: лекция, обсуждение, затем демонстрация, а затем ты отрабатываешь с другими участниками то, чему вас учили.

Среди прочего мне запомнился следующий эпизод: Эриксон беседовал с группой, а затем решил провести демонстрацию по обсуждаемой теме. Он сказал: “Не желает ли кто-нибудь из группы выйти на сцену и побыть испытуемым?”. И вдруг на моем бедре дрогнул мускул. Это было наистраннейшее чувство — непроизвольное движение. Оно почти заставило меня подняться. Но парень напротив меня встал и подошел к сцене. Так что я ничего не сделал, но никогда ранее у меня не было подобного чувства.

У.: Если бы тот парень не встал достаточно быстро, ты бы, вероятно, поднялся на сцену.

Х.: Верно. Это было такое любопытное ощущение. Одним словом, по возвращении с семинара я решил сделать гипноз

частью проекта. Мы начали посещать Милтона и проводили у него как минимум по неделе каждый год. Первая поездка была, по-моему, в 1955 году. Последний раз я ездил в 1971-м.

У.: Да, ты продолжал к нему ездить и без меня.

Х.: Лет шестнадцать или семнадцать. Кроме того, когда он приезжал в Пало Альто, он всегда звонил мне, и я приходил к нему на семинар.

У.: Ты спрашивал меня, что я помню о первой встрече. Я кое-что помню, но не уверен, была ли это первая встреча. Мы пришли к нему домой, он сидел за столом, наклонившись вперед, и приговаривал: “Ну ладно. Так что же вы хотите от меня?”

Х.: Помню, однажды, после того, как я начал практиковать, я пришел к нему поговорить о том, как лечить людей, и первой его фразой было: “Что тебе на самом деле от меня нужно?”

Я очень хорошо помню его дом. Это было небольшое кирпичное здание, почти в центре Феникса, с тремя спальнями, и в нем было то ли шесть, то ли восемь малышей.

У.: Очень скромное местечко.

Х.: Да. И люди прилетали туда из Нью-Йорка, Мехико, со всего мира. Гостиная одновременно служила приемным покоем. Его ребятня играла в комнате среди пациентов, ожидающих приема.

У.: Помню, как меня поражало все это. До этого в Нью- Йорке я посещал аналитика: приходил перед сеансом в абсолютно безлюдную комнату ожидания, а уходил через другой выход и никогда не видел других пациентов. И после этого видеть, как дети Эриксона играют с его пациентами, а ведь некоторых из них он описывал как людей “не от мира сего”! Для меня это было откровением.

Х.: Я помню, как его жена, Бетти, рассказала мне однажды, что один парень все изумлялся: “В жизни никогда раньше куклу не одевал!” То ли Кристи, то ли Рокси попросила его одеть куклу.

Кроме гостиной, на первом этаже была еще и столовая, где на обеденном столе всегда лежала гора материалов для журналов, которые он с женой редактировал. За ней располагался маленький кабинет — то ли три на три, то ли три с половиной на три с половиной метра, с двумя или тремя стульями, его письменным столом и несколькими книжными шкафами.

У.: Помню, даже когда мы там были только вдвоем, развернуться было негде.

Х.: Ему нравилось, чтобы люди находились достаточно близко и он мог протянуть руку и прикоснуться к ним — он сам это говорил. Разговоры с ним, при работающем кондиционере, лающей на улице собаке, орущей на детей жене — все это

создавало особый фон. И эти часы, все тикающие, тикающие, тикающие у него над столом.

У.: Это было очень характерно для него. Он не считал, что для лечения гипнозом или чем-то еще требуется стерильная, звуконепроницаемая среда.

Х.: Еще о наших встречах: мы обычно останавливались в гостинице в центре города, проводили с Эриксоном час между встречами с пациентами, затем возвращались в гостиницу, расшифровывали то, о чем он говорил, пересматривали запланированные заранее вопросы, затем возвращались и проводили еще один час с ним. Так проходила вся неделя.

У.: Это точно, мы все время составляли планы и все время меняли их, так как он никогда их не придерживался.

Х.: Он предпочитал рассказывать нам то, что, по его мнению, было нам полезнее того, о чем мы спрашивали.

У.: Обычно это как-то касалось наших вопросов и наших планов, но не было тем, что можно назвать прямым ответом.

Х.: Его манера говорить оставляла неясным, рассказывает ли он о тебе лично, или о том или ином интересующем его случае, или же он объясняет тебе природу феномена. Скорее всего, одновременно и то, и другое, и третье. Он рассказывал нам потрясающие случаи из практики.

Размышляя над этим, я недавно прослушивал записи наших бесед и думаю, что нашел первое упоминание о терапии тяжелым испытанием. Раньше мы с тобой ни о чем подобном не слыхали. Один человек, диктор телевидения, впадал в панику, когда приходило время идти к микрофону. Он минут пятнадцать задыхался, пытаясь восстановить дыхание, а затем вставал и начинал говорить. Эриксон познакомил его с теорией энергии и излишков энергии и дал ему задание выполнять приседания каждый раз, когда тот волновался. Затем он поручил ему в день, когда тот испытывал приступ волнения, подниматься среди ночи и приседать. Мы думали, что это просто какая-то хохма. Позднее я опробовал этот прием в своей практике, и оказалось, что он очень эффективен. Но мне кажется, это было первое упоминание о подобном лечении, и Милтон рассказал о нем мимоходом — не так, как он рассказывал о более старых разработанных им процедурах.

У.: Мне не кажется, что это было первое упоминание о терапии испытанием. По-моему, первым был случай со стариком с бессонницей, который должен был просыпаться среди ночи и убирать дом.

Помню, когда я впервые услышал об этом, как и о многом другом, от Милтона, я заметил у себя такой забавный случай

“двойной связи”. С одной стороны, я считал это безумно интересным, и что-то в этом должно, определенно, было быть. Но я все не мог сообразить, что же это, черт возьми, потому что все это было так непохоже на то лечение, о котором я привык слышать.

Х.: Вот что для меня очень важно — контраст, который составляла его работа всему тому, о чем мы знали. Мы обучались психотерапии у многих людей, прочли массу литературы по данному вопросу, старались изучить ее досконально, — но то, что делал он, было столь необычно, что с трудом поддавалось осмыслению. Сейчас в это даже не верится, потому что многие тогдашние новшества ныне кажутся очевидными. Но в то время... А прокручивать старые записи и слышать, как мы смеялись, когда он делал что-то особенное — то, что сейчас кажется вполне обыденным...

У.: Да и сейчас еще бывает: я читаю или слышу о некоторых случаях из его практики и чувствую, что начинаю улавливать то, что раньше не мог понять.

Х.: В разговоре он касался множества вещей, о которых, стоило его попросить, рассказывал подробно и глубоко. Но если вопроса не возникало, вскользь упомянутое так и оставалось вскользь упомянутым. Не помню, рассказывал ли я тебе об этом случае. Возможно, мы его не обсуждали. Помнишь историю об одной паре — муж и жена страдали энурезом, нашли друг друга, поженились и стали мочиться в постель уже совместно? Так вот, он дал им задание каждый вечер становиться на колени в постели, специально мочиться в нее, а затем ложиться спать в эту мокрую постель — и так тридцать дней подряд. Однажды, мимоходом, не помню почему, я спросил у него: “Но почему на коленях?” И он ответил: “Да они верующие. Они в любом случае каждый вечер перед сном молились, стоя на коленях”. Так что даже это было спланировано. Он мог заставить их встать на кровать или что-то еще сделать.

У.: Да, я в том же ключе вспоминаю его случай с женщиной, которую он заставил сесть на своего распоясавшегося ребенка. Я понял только после его второго или третьего рассказа об этом, что женщина переживала по поводу своей полноты, и это задание, ко всему прочему, как бы говорило ей: “Твой излишний вес порой может быть полезен”.

Х.: То есть превращение недостатка в достоинство.

У.: А я не заметил этой тонкости ни в первый раз, когда слушал эту историю, ни во второй.

Х.: Он работал так насыщенно, каждая деталь становилась столь важной — если как следует вникать в эти детали. Не

будешь вникать, даже не заметишь, насколько они важны.

Работая по проекту Бейтсона, мы интересовались параллелями между гипнозом и шизофренией. Поскольку есть много общих черт у шизофреника и загипнотизированного человека, нам было интересно, можно ли внушить шизофрению подобно гипнотическому состоянию и похожи ли эти состояния? Мы были первыми, кто изучал гипноз с Эриксоном, и постепенно начали осознавать, что соприкоснулись с новой школой психотерапии, неизвестной нам. И именно тогда начали вникать в то, как он лечил людей.

По-моему, когда я стал практикующим гипнотерапевтом, мы с тобой вели занятия.

У.: Да, и довольно долго, организовывали тренинги по гипнозу.

Х.: Я изучил гору материала о том, как гипнотизировать людей, но когда приступил к реальному лечению, увидел, что знать и уметь — совершенно разные вещи. Это был совсем иной вид гипноза, и я отправился к Эриксону, чтобы понять, в чем тут дело.

У.: Да, тогда-то и возник у тебя старый трудный вопрос: “А теперь, когда вы в трансе, — что вы делаете?”

Х.: Мысль о том, что научный гипноз и гипноз клинический необязательно взаимосвязаны, до встречи с ним не приходила мне в голову. Он тогда проводил еженедельные вечера гипноза в Фениксе.

У.: Да. Я был, по крайней мере, на одном из них.

Х.: Помню, что именно там мы записывали Рут.

У.: Верно. Тот случай, о котором мы детально расспросили его, чтобы написать статью с комментариями об индукции транса.

Х.: Думаю, это была первая работа о гипнозе, в которой шаг за шагом прослеживается весь процесс гипнотического взаимодействия. После этого появились подобные статьи и о терапии. Но наша была первой. Он все время удивлял нас тем, что делал. По нашему мнению, его методы всегда чем-то отличались от принятых в то время.

Помнишь самый необычный случай, который ты тогда услышал от него? У него была клиентка, психотик, — учительница, над головой которой парил молодой человек. Эриксон уговорил ее поместить этого молодого человека в шкаф в своем кабинете, чтобы он не мешал ей учить детей. Через некоторое время, когда женщина собиралась уезжать из города, она спросила: “А что, если в другом городе у меня будут приступы психоза?” И он сказал ей: “Тогда вы положите их в почтовый конверт и пришлете мне”. И она присылала ему свои

приступы в почтовых конвертах. Думаю, это был один из самых необычных случаев, о которых он мне когда-либо рассказывал.

У.: И который он в конце концов поместил в свой шкаф.

Х.: Да, верно. Он знал, что однажды она вернется и проверит, хранит ли он ее галлюцинации. И он сберег их все. У него набрался целый ящик конвертов. Я сам помню, как он с трудом вытянул ящик шкафа, и в этом ящике лежала целая гора почтовых конвертов.

У.: Да, этот случай трудно переплюнуть.

Х.: Это был необыкновенный случай — и по стремительности его мышления, и по тому, как он нашел связи между идеями. Помещение в шкаф молодого человека логически привело к помещению в конверт приступов психоза. Одно вкладывалось в другое.

У.: Если вам мешает что-то, пусть провалится в болото.

Х.: Мне кажется, она же была клиенткой, которой чудился огромный медвежий капкан в центре комнаты. И он старательно обходил этот капкан, когда она была у него на приеме. Он был очень вежлив с пациентами.

Своим ученикам я преподавал его терапию как “терапию вежливости”, как способ приятия людей, объединения с ними и оказания им помощи без конфронтации.

У.: Да, это определенно соответствует тому, что становится мне все яснее и яснее с каждым годом. Прими то, что тебе предлагает клиент. Не оспаривай это. Прими.

Помнишь тот случай, много позже, когда он проводил гипнотическую демонстрацию с молодой женщиной, а ее парень узнал об этом и примчался, кипя от ярости?

Х.: Нет, не помню.

У.: Я думал, это было при тебе. Он продемонстрировал прекрасный образец приятия, вызвавшего одно из наиболее драматичных и быстрых изменений, которые я когда-либо видел. Все было очень просто. Когда он закончил демонстрацию, ему сказали, что за дверью стоит этот парень. Его не собирались впускать, но он был в бешенстве и хотел узнать, что там делают с его девушкой.

Эриксон сказал: “Откройте дверь”. Парень ворвался в зал, Эриксон повернулся к нему и произнес: “Очень рад познакомиться с вами. Так приятно, что на свете есть хотя бы один молодой человек, который стремится защитить свою даму и хочет быть уверенным, что ей не причинят вреда”.

Гнев растаял на глазах, так как Эриксон не высказал ни одного возражения. “Это замечательно. Как приятно это видеть”. Многие смогли бы так среагировать?

Х.: Он был таким стремительным. Я помню как-то — кажется, мы были вместе — девушка с матерью пришли и постучали в его дверь. Оказалось, что эта девушка лежала в больнице штата и он помог ей вылечиться несколько лет назад. Она пришла повидаться с ним. Просто заглянула на огонек. Ну, он вышел к ней, поговорил немного и попросил жену сделать рисунок, а затем отдал его девушке. Она была мексиканкой. И она так обрадовалась портрету. Он точно знал, что ему нужно это сделать. Затем Эриксон что-то написал на рисунке и отдал ей. Она поблагодарила его за то, что он ее вылечил, и за все остальное, и ушла.

Позднее, мимоходом, он спросил: “Вы заметили, где я подписал рисунок — на лицевой стороне или на обороте?” Мы понятия не имели. И он сказал: “Ну, ясное дело, на обороте. Я очень быстро принял это решение — ведь она будет вставлять портрет в рамку и обнаружит, что там для нее есть персональное послание, которого больше никто не сможет увидеть, потому что оно на обороте”.

Вот такие решения принимались практически мгновенно. Он всего 2-3 минуты говорил с той женщиной. Он знал, что подарит ей рисунок, что ей это будет приятно и поддержит ее. Он знал, что должен написать ей что-нибудь на рисунке, причем что-то личное, и не на лицевой стороне, на виду у всех, а на обороте.

У.: Лицевая сторона была для всего мира, а оборотная — для нее лично.

Х.: И сделал он это так быстро. Он был одним из немногих психиатров, работающих с самыми разными пациентами. Он чувствовал себя одинаково легко и с бредящим психотиком, и с малышом, с которым играл в шарики. Разброс был потрясающий.

У.: Думаю, он стремился работать с разными клиентами частично потому, что как бы опасался: “Мне станет скучно, если я не увижу что-то еще, если я не познакомлюсь со всеми проявлениями человеческой психики, если я не попробую справиться со знакомой проблемой по-новому”.

Х.: Он мог посетить клиента дома, чего другие в то время не делали. Он мог пригласить клиента в ресторан или прийти к нему на работу. Сейчас такие поступки перестали быть диковиной, но в 50-е годы это было невероятно — иметь дело со столь широким кругом больных и работать вне своего кабинета.

У.: Да, пожалуй, в то время многие — да фактически почти каждый психотерапевт — были связаны огромным количеством ограничений, которые они даже и ограничениями-то не считали. А Эриксон, и это касается как его личной жизни, так и практики, всегда избавлялся от любых рамок и ограничений, жил вне их.

Х.: И вне себя.

У.: Точно.

Х.: Он к каждому случаю применял уникальный подход. Он очень быстро всматривался в человека и ставил диагноз. Недавно я прослушивал одну запись и обнаружил, что, будучи студентом, он осмотрел почти всех психически больных и почти всех преступников в Висконсине. Он осмотрел сотни людей. Он специально занимался этим, тем самым изучив все виды психопатологии, и познакомился с широким спектром отклонений, одновременно зарабатывая себе на жизнь.

Но многие, запросто использующие какой-либо его прием, не осознают, сколько информации он накопил о людях, прежде чем сесть перед клиентом и быстро сделать то-то и то-то.

У.: Да, они, я думаю, склонны воспринимать Эриксона как волшебника — но это совершенно не соответствует тому, как он работал. Потому что его работа основывалась на отточенном мастерстве, безупречной тщательности и точном расчете. Волшебство лишь в том, что искусство это было скрыто от окружающих.

Х.: И он так сердился, когда студенты хотели работать быстро, не осознав всю ситуацию. Весь этот магический реквизит вокруг него, когда он как бы отдыхает, а люди что-то делают, был вовсе не тем, что он понимал под природой психотерапии. Суть была в том, что вы должны знать свое дело.

У.: Мне всегда было интересно — и твое упоминание обо всех его осмотрах больных напомнило мне, — как это он находил время делать все, что делал, ведь всю жизнь он делал так много.

Х.: И проводил часы над каким-нибудь автоматическим письмом или тому подобным. В своей личной жизни он был столь же умен, как и в работе с пациентами. Еще в колледже или в интернатуре — не помню точно когда — он начал интересоваться криминологией. По-моему, он тогда и статью свою первую по криминологии написал. Интересно, как он получил работу. Он начал еженедельно класть на стол одной шишки из криминального отдела Висконсина отчет обо всех совершенных за неделю преступлениях. Что-то в этом роде. Какой-то статистический отчет по преступности, чем Эриксон в то время интересовался. Однажды в понедельник отчета на столе не оказалось, и тогда босс послал за ним и сказал: “Эриксон, ты будешь уволен, если не будешь класть мне отчет, как раньше”. И Эриксон ответил: “Да, но вы никогда не нанимали меня”. Так он получил работу. Сначала проявил себя как ценный сотрудник, затем сделал так, что босс понял его ценность и зачислил в штат. Так он смог оплатить учебу.

Он умел объединять разные вещи. Как-то в разговоре он упомянул, что из-за аллергии доктор порекомендовал ему постоянно жить в Фениксе, но время от времени совершать поездки. Так он и сделал: жил в Фениксе и ездил проводить семинары в другие города. Это было и частью его профессиональной деятельности, и необходимостью, вызванной состоянием здоровья.

У.: Да, вероятно, в этом и состоит ответ на мой вопрос о том, каким образом он так много успевал. Он создавал сочетания и получалось, что он всегда делал несколько дел одновременно.

Х.: Еще он очень много работал — с семи утра до одиннадцати вечера: принимал пациентов, а выходные оставлял для тех, кто приехал издалека, чтобы провести с ним два-три часа.

У.: Ты спрашивал о наиболее поразительном случае. Тот, что я хочу рассказать, конечно, не самый яркий, но когда Эриксон впервые рассказал о нем, показался мне самым загадочным. Сейчас, я думаю, мне кое-что ясно из его тогдашних действий. Но впервые услышав об этом, я ломал голову: “Про что все это? Что он делает?”

К Эриксону приехал музыкант из Нью-Йорка. Он сказал: “Я так волнуюсь перед выступлениями, что не могу играть перед публикой”. Милтон провел с ним два выходных дня. И почти все это время он читал ему длинные нравоучения — о том, как важно быть гибким. Длинные истории о том, как важно быть гибким при выполнении самых разных заданий, например, печатании на машинке. Я все думал: “А в чем же здесь лечение?” В общем, он все больше и больше злил этого музыканта. В конце концов, когда у парня уже совсем не осталось времени ни на какие вопросы, а нужно было торопиться на самолет, Эриксон говорит: “И если вы, со всем вашим опытом и мастерством, не можете выйти на сцену и что-то сыграть, не очень-то это гибко, не правда ли?” Я был ошеломлен. В этом было что-то очень важное, но что, я до сих пор не могу уловить полностью.

Х.: Знаешь, ты кое-что упустил в рассказе. Милтон сначала поведал парню о своей музыкальной глухоте, а затем сказал: “Давайте я объясню, как вам надо играть на пианино. Вам нужно нажимать на клавиши мизинцем немного сильнее, чем указательным, потому что мизинчик слабее, чем указательный”. Для концертирующего пианиста сидеть и слушать, как Милтон, не имеющий музыкального слуха, объясняет технику игры на фортепиано...

У.: Но это было частью общего плана...

Х.: Этот парень, ей-богу, должен был доказать, что он может...

У.: Правильно. Он по кирпичику возводил повод для негодования вплоть до окончательной фразы, когда тот парень уже не мог спокойно мириться с его рассуждениями.

Х.: И единственным способом доказать Эриксону его неправоту, оставалось успешное выступление. Безусловно.

У.: Кажется, часть моих тогдашних затруднений состояла в том, что, как и все остальные, я думал: да, есть хорошие побуждения и есть плохие побуждения, терапевты работают с добрыми побуждениями, и сами они полны добрых побуждений — понимают и сочувствуют тем, кто попал в беду. И в этом контексте понять методы лечения Эриксона было невозможно.

Х.: Тот парень не мог с ним не согласиться. Все, что Эриксон говорил, было правдой и было сказано доброжелательно и мягко.

У.: Но с умыслом.

Х.: Помню, как он однажды сказал, что гораздо больше шансов на успех с клиентом, который преодолел 3000 миль, чтобы увидеть вас. Ибо вложив так много в то, чтобы просто добраться до места встречи, клиент чувствует, что обязан справиться со своей проблемой.

Кое-что еще из того, что он нам говорил — в типичной для него манере. Он говорил: “Я все жду, когда ко мне придет женщина, у которой либо была очень важная добрачная связь, либо у нее сейчас внебрачная связь, и она не покажет мне этого манерой сидеть на стуле”. И то, как он это говорил, не значило, что женщины всегда это делают. Скорее он имел в виду: “Я жду исключения, потому что они всегда это показывают тем, как садятся на стул”.

Его всегда интересовали исключения. Помнишь, как-то раз он пригласил нас к себе в кабинет — мы были в гостиной, — и мы зашли и увидели сидящую на стуле девушку, посмотрели на нее и вышли. Затем, когда она ушла, он снова позвал нас и спросил: “Что вы видели?” Помнишь это?

У.: Да, помню, но смутно. Не помню, что я видел и чего не видел.

Х.: Я помню, что мы ответили: “Ну, это была женщина”. И еще добавили, что она была в трансе. И он сказал: “Да, это верно”. А потом он сказал, что нам бы следовало заметить, что правая сторона ее лица немного больше, чем левая. Что правая рука немного больше, чем левая. У нее были какие-то неврологические проблемы. Он это увидел и ожидал, что мы тоже заметим, но увы...

То, как он спрашивал нас, было частью тренировки: он спрашивал очень неконкретно: “Разве вы не видите?” — и мы не знали, говорит ли он о гипнозе, трансе, этой женщине, жизни

вообще или о чем-то еще. Но, без сомнения, видели мы средненько.

У.: Я уверен, что он намеренно не давал нам подсказок и намеренно делал так, что мы не справлялись с заданиям, потому что считал — я уверен, — что для нас это поучительно и полезно.

Х.: И что в следующий раз мы справимся лучше. Будем более наблюдательны.

Я разговаривал с ординаторами, которых он обучал, и они рассказывали, какого жару он им задавал, если те ошибались с диагнозом. Зато в следующий раз они очень внимательно наблюдали за больным. Я это помню. Его наблюдательность была поразительной.

В то время нам было трудно переварить еще один интереснейший штрих его подхода: он считал манеру сидеть, движения пациентов сообщениями, посылаемыми лично ему. Не просто некими личностными проявлениями — он считал, что они что- то ему сообщают.

Это давняя идея Грегори Бейтсона: невербальное поведение есть не просто отражение натуры пациента, а в некотором роде команда. Увидеть это было крайне трудно. Эриксон в этом отношении был очень “межличностен”. Все, что пациенты делали при общении с ним, он воспринимал как сообщение. А мы это воспринимали как: “Какой интересный человек!” — и как- нибудь еще, в том же духе.

У.: Нам полагалось взаимодействовать.

Х.: Верно. Мы часто спорили с ним о том, было ли что-то межличностным или нет. Но на том уровне он был абсолютно межличностным.

Мы спорили с ним по поводу симптомов у жены — являлись ли они адаптацией к мужу, у которого была такая же или похожая проблема. И он часто, по крайней мере поначалу, в начале 60-х, описывал симптомы как независимый феномен — а лечил супругов, как будто все было наоборот. И это тоже убивало нас. Его терапия была межличностной, тогда как его теория таковой не являлась.

У.: У него была способность оставаться верным своим идеям, если вы пытались обсуждать их или даже желали затеять дискуссию. Так было, когда мы развенчали его идею о сходстве между поведением шизофреника и поведением человека в трансе. Он, я помню, твердо стоял на своем, как и в других вопросах, которые я обсуждал с ним в последующие годы.

Как-то, прочитав кое-что из Карлоса Кастанеды, я написал Милтону: “Интересно, встречался ли Кастанеда с Вами? Кажется, в образе Дона Хуана есть нечто, напоминающее Вас”. И он

прислал мне довольно раздраженный ответ: “Совершенно точно нет, и нет никакой связи”.

Х.: Очень многие сейчас воспринимают Эриксона как культовую фигуру, как гуру, возможно, из-за немощи его последних лет. Когда мы с ним познакомились, он был молод и энергичен, и уделял колоссальное внимание контролю за голосом, речью, движениями тела и тому, как вы используете все это в терапии. И мне было так грустно, когда в старости он утратил контроль над своей речью и своими движениями. Было щемяще стыдно.

Помню, как я однажды сказал, что хочу его заснять. Я хотел установить камеру у него в кабинете. Но он отказывался, говорил, что не хочет, чтобы его запомнили стариком, не способным толком говорить и лечить. Потом он все же согласился, и вот сегодня люди знают его в образе старика — к стыду нашему.

У.: К счастью, кое-что осталось и от более раннего периода.

Х.: Удача и то, что он мог работать так же хорошо, как и раньше, несмотря на все свои недомогания. Люди, посетившие его, говорили: то, через что он прошел, просто невероятно.

У.: В некотором смысле это было отражением всей его карьеры. Он всегда был человеком, делающим дело, несмотря на бесконечные болезни.

Х.: Всю свою жизнь. И он любил в каждом своем рассказе упомянуть: “Я тоже бывал в подобном непреодолимом положении”.

У.: Да. И ты уже знал, что за этим последует: “А вот, как я совершил невозможное”.

Х.: Именно так он любил представлять любой случай. Он называл его непреодолимым, а затем показывал решение. И решение казалось столь очевидным... после того как он его принял.

Помнишь случай с заторможенной Эни, о котором он нам рассказывал? У нее были приступы удушья и сердцебиения перед тем, как ложиться спать. Так он разговаривал с ней обо всех предметах в ее спальне — туалетном столике, портьерах... И затем сказал: “Конечно же, там есть и ковер”. “Вы не упомянули кровать”, — сказал я. Он ответил: “Сказав “Конечно же, там есть и ковер”, я упомянул о кровати. Когда ты говоришь: “Конечно же, там есть и ковер” — ты упоминаешь о кровати, не упоминая о ней”. И в очередной раз, как только он дал объяснения, все стало настолько очевидным, насколько до этого было неясным.

У.: Да, и опять, если чему-то придается слишком большое значение, этому легче сопротивляться. А он вкладывал идеи в мозги окольным путем, и сопротивляться эти идеям было сложно,

ведь он, собственно, ни на чем и не настаивал.

Х.: У него был способ вовлекать вас в гипноз, говоря лишь начало какой-либо фразы и заставляя вас самих закончить ее.

Когда вы договариваете начатую им фразу, вы становитесь участником действа. Или другой вариант — вы завершаете начатое им дело.

У.: Каждый обращает больше внимания на то, что говорит сам себе, чем на то, что говорит ему другой. Поэтому он начинал, а вы заканчивали сообщение, тем самым передав его самому себе. И ты был вынужден воспринимать все всерьез.

Х.: Существует фильм 1964 года, в котором он гипнотизирует пятерых женщин. Там есть кусок, о котором нам стоит вспомнить, так как, если я прав насчет того, что он делал, — а я говорил с ним об этом позже и уверен, что он согласился — это пример самого межличностного гипноза, который я когда-либо видел. Он говорит одной из женщин: “Меня зовут Милтон. Моя мать дала мне это имя. Это имя легко писать”.

Когда я смотрел этот фильм, было очевидно, что он ведет себя как ребенок. Рассказывая о регрессии, он часто говорил, что, когда возвращает клиента в детство, сам он туда не попадает. Клиент должен воспринимать его кем-нибудь вроде учителя. А в данном случае, я думаю, он сам напустил на себя “детскость”, и женщине, чтобы присоединиться к нему, тоже пришлось стать ребенком. То есть он вызвал у нее регрессию, регрессировав сам. Не думаю, чтобы ты встречал что-нибудь более межличностное, чем такой стиль работы.

У.: Я часто замечал, что его наиболее простые с виду приемы требовали очень тщательного разбора, чтобы докопаться до их сути.

Х.: Он, должно быть, на протяжении всех этих лет рассказал нам сотни случаев, обучая нас думать “так же просто”, как сам это делал.

У.: Да, у него в голове был невероятный запас случаев из практики.

Х.: Он обращался к примерам, о чем бы ни говорил. У него было их так много. Его наблюдения и диагностика были очень сложны. Простыми были интервенции.

У.: И становились все проще и проще.

Х.: Думаю, что с возрастом он делал их более экономными. А эффективность его работы возрастала.

С возрастом он становился все более склонным к конфронтации и, вероятно, поэтому люди считают его более требовательным терапевтом, чем он был на самом деле. Я думаю, он стал чаще прибегать к конфронтации, когда стал понемногу

терять физический контроль над своим телом. Мы помним его очень принимающим и стремящимся к сотрудничеству терапевтом, но, думаю, многие его таковым не считают.

У.: Я очень хорошо помню, насколько терпимым и ободряющим он был в свои молодые годы. И в то же время его хотелось опасаться, ибо его сила и проницательность, даже когда он принимал тебя, были очевидны. Будучи его клиентом, ты всегда немножечко дрожал.

Х.: И клиентом, и коллегой. Думаю, что и коллеги тоже его побаивались.

У.: Да, пожалуй, многие его боялись.

Х.: Потому что у него была репутация человека, который воздействует не напрямую.

У.: Не один Грегори волновался: “Он пригласил меня на ужин!”

Х.: Им было приятно, когда он был доброжелателен, но до конца в его доброжелательность они не верили.

Не знаю, рассказывал ли я тебе о парне из Пало Альто. Этот человек пришел ко мне и спросил, могу ли я вылечить его дочь. Я поинтересовался: “В чем проблема?” Он ответил, что у нее депрессия или что-то в этом роде. Он сказал: “Милтон Эриксон лечил другую мою дочь, и с ней сейчас все в порядке”. Этот парень был при деньгах, поэтому я спросил: “А почему вы и эту дочь не отведете к Милтону?” И он ответил: “Я боюсь”. Я спросил: “Чего вы боитесь?” Он сказал: “Ну, когда я привел свою дочь, доктор Эриксон посадил меня в Фениксе на шесть месяцев под домашний арест. Не хочу ехать к нему и снова тратить шесть месяцев”. Я сказал: “Возможно, на этот раз арест уже не понадобится”. Я все-таки убедил его отвезти дочь к Эриксону. И действительно, на этот раз все обошлось без домашнего ареста. Милтон потом останавливался в этой семье, когда приезжал к нам в Пало Альто на один из семинаров. И они были в достаточно хороших отношениях, но все-таки тот парень до смерти боялся его. Не выполнить то, что сказал Эриксон, — ему такое и в голову не приходило. Какой же властью обладал Эриксон!

У.: Я был пациентом Милтона всего пару встреч, но тоже боялся его. И до сегодняшнего дня не могу точно сказать, что он со мной тогда сделал. Могу только сказать, что в последующие после встречи с ним полтора года очень многое изменилось. Я вернулся домой, навсегда распрощался с лечением у психоаналитиков и решил, что должен понять: чем я могу заниматься самостоятельно? Это было мое последнее обращение к терапевту. В тот год я отправился на Восток, где жили родственники моей жены. И еще перенес серьезную операцию.

Х.: Да, верно. Ты перенес операцию на сердце, на которую все никак не мог раньше решиться.

У.: Да. И вскоре был зачат наш первый ребенок. Вообще, масса всего случилось за тот год. И я не вполне понимаю как.

Х.: Обсуждал ли он с тобой прямо какую-нибудь из этих проблем?

У.: Это может звучать достаточно странно, но я себе не совсем четко представляю, о чем точно мы с ним говорили. Хотя я не думаю, что все время был в трансе.

Х.: Ты хорошо поддаешься гипнозу.

У.: Но что-то случилось.

Х.: Я уверен, что кое-что ты помнишь.

У.: Ага. Но я не уверен, что даже Милтон мог позаботиться обо всем, что я должен забыть в последующие 20 лет. Что-то больше запало в душу, что-то стерлось из памяти.

Давай на минуту снова вернемся к теме его упрямства. В каком-то смысле, я думаю, его упрямство — ему же в плюс. Потому что последнее, чему мы хотели бы содействовать, — это созданию образа непорочного человека. У Милтона были и ограничения, и обычные человеческие слабости, слава Богу. Он не был просветленным гуру, сидящим на вершине горы в конце длинного пути.

Х.: В том, что касалось гипноза или воздействия на людей, он был исключителен. Но в остальном — он был обычным парнем. Правда, общаясь с нами, он редко выходил из профессиональных рамок. Один или два раза после ужина он был просто приятным парнем. Но, как правило, он придерживался профессиональной позиции, не прекращая ни на миг обучать нас. Хотя он часто хвастался, и слабости у него были, это точно.

У.: Он просто был человеком. Когда он не хвастался, он не стремился быть тем, кем не был.

Х.: Да. Хвастовство было частью его как человека в том смысле, что он считал себя таким же, как все, а затем преодолевал это.

У.: Было еще кое-что. Не знаю, недостаток ли это, но мы пару раз с этим сталкивались. Если ты помнишь, несколько раз мы приставали к нему с расспросами о его неудачах. Милтон говорил: “Да, я с радостью приведу вам пример”. И приводил. Но в последний момент неудача каким-то образом превращалась в успех. Может, это было чем-то вроде слабого места, но...

Х.: Он как-то сказал, что не видит, чему можно научиться, обсуждая поражение, если не понимаешь, чем оно вызвано. И только тогда из поражения можно извлечь урок.

У.: У него и в самом деле было, думаю, несколько очень

жестких убеждений, некоторые из них я не разделял. Помню, как он рассказывал о случаях, которые, по его мнению, вообще не было смысла лечить. Сейчас я те случаи таковыми не считаю и не уверен, что считал тогда. Но его мнение тогда было однозначным или он просто имел твердые убеждения на этот счет.

Х.: Пожалуй. Дон Джексон однажды высказал весьма мудрую мысль. Эриксон упомянул больного с маниакально-депрессивным психозом, которого считал неизлечимым. И Джексон сказал: “Должно быть, он имеет в виду, что его методами больной не поддается лечению”. А при мне такого никогда не случалось, чтобы он не смог кого-то излечить своими методами.

У.: Да, люди не должны ставить его на пьедестал, красить белой краской и прибивать нимб над головой.

Х.: Я думаю, он бы первым возражал против этого.

У.: Верно. Я уверен, ты вспомнишь его номер с острым соусом. Даже когда мы находились в обыкновенной ситуации, а он был не при исполнении, он продолжал демонстрировать нам свою исключительность. Мы сидели в мексиканском ресторане, и он говорит: “Какой-то соус не острый. Принесите поострее”. И так 2-3 раза подряд, пока их шеф-повар не решил: “Ну, на этом-то он точно сгорит”. А Эриксон набирает полную ложку, глотает и даже облизывает ее. Я полагаю, он самогипнозом анестезировал рот.

Х.: Должно быть, так оно и было. Никто бы не смог выдержать тот соус при обычной чувствительности языка. Но мне кажется, самогипноз был частью его контроля над болью, а в тот раз он его использовал для трюка с соусом.

Он всегда говорил, что, если бы у него было достаточно времени, он бы мог справиться с любой болью. Когда она нападала неожиданно, когда судороги отрывали мышцы от связок, он не мог. Но если у него было несколько минут, он справлялся. У него было много сил. По утрам у него 2-3 часа уходило на то, чтобы “собрать себя по кускам”. Но “собрав” себя, нас он замучивал до смерти, разговаривая часами. И когда мы уже готовы были упасть от усталости, он выглядел полным сил.

Я недавно слушал запись работы Эриксона с одним человеком (назовем его доктор Джи), его учеником. Доктор Джи приехал в Феникс, чтобы открыть практику. Он снял красивый офис в шикарном здании и желал как следует его оборудовать. Он попросил совета у Милтона. И Милтон ответил: “Когда я открыл практику, у меня была только одна маленькая комнатушка. Я приехал сюда работать в больнице штата, но там прошли сокращения, меня уволили и пришлось начинать практику раньше, чем я планировал. У меня совсем не было мебели. Все, что у меня было, — два стула и журнальный столик”.

Доктор Джи заметил: “Да, не так уж много для начала практики”. “Да, но там был я”, — сказал Милтон. Что еще было нужно? И он действительно так думал. Поэтому-то он мог работать и на вокзале, и в аэропорте.

У.: Я помню рассказы о его поездке в Чикаго; там кто-то хотел с ним встретиться. Он вызвал клиента в аэропорт О’Хара, у него были свободные полчаса, и он провел сеанс в зале ожидания.

Х.: Он часто делал подобное. Лишь однажды я видел, как он выразил усталость от бремени быть терапевтом. Это было в Сан-Франциско. Он весь день работал на семинаре, во время обеденного перерыва принял нескольких пациентов, а в конце рабочего дня оказалось, что его ожидает еще одна клиентка. И тогда он сказал что-то вроде: “Боже мой! Это уже слишком”. А затем вышел и принял ее. Это был единственный раз, когда я слышал, как он жаловался. Как правило, он работал весь день, принимал людей во время обеда, перед ужином, ужинал с группой и после ужина тоже принимал пациента. Во время семинаров распорядок не менялся. Везде, куда бы он ни приехал, были пациенты, и они пользовались возможностью поговорить с ним.

Тот, последний за день случай был мне интересен, так как я знал эту женщину. Я старался лично общаться с его пациентами и расспрашивал их о том, как проходило лечение. Одной из ее проблем было то, что она ковыряла себе лицо и расцарапывала его до крови. И еще она не любила бобы. Так вот, она должна была купить банку бобов и поставить ее в ванной у зеркала. Она всегда царапала себе лицо перед зеркалом, поэтому каждый раз после того, как расцарапает лицо, она должна была съедать банку бобов.

У.: Связать оба действия.

Х.: У Милтона было чувство юмора. При всех разговорах, “жестокое” дело психотерапии достаточно забавно — что они делали, что он делал, и вся эта странная ситуация в целом.

У.: Думаю, мы были важны для него. Вряд ли существовало много людей, кому бы он мог открыть, с каким юмором воспринимает происходящее или что, дай ему волю, он бы провел большую часть своей жизни, сидя у себя в кабинете, принимая пациентов и наблюдая жизнь, которую находил очень забавной. Он вынужден был держать “свои горшки плотно закрытыми” даже от коллег. Он только нам слегка приоткрыл завесу.

Х.: Мне кажется, что он с нетерпением ожидал наших приездов. Мы привозили ему новые идеи из внешнего мира, мы были благодарными слушателями его историй.

Я как-то размышлял о музыканте с толстой губой, который

приходил и орал на него. Парень был страшно зол на своего отца. И Эриксон позволял парню приходить и орать. Музыкант не мог играть на рожке, так как у него произошло психосоматическое опухание губы. И он приходил и кричал на Эриксона сеанс за сеансом. Так вот, однажды Милтон назначил ему встречу, не сказав об этом ни слова.

Он сказал парню: “Ну, давай посмотрим, сейчас май, не так ли?” И парень ответил: “Что вы имеете в виду? Какой май? О боже, вы что, даже не знаете, какой сейчас месяц?” Затем Эриксон сказал: “Сегодня, должно быть, пятнадцатое число”. Парень изумился: “Что значит “пятнадцатое”? Сегодня десятое. У меня психиатр, который даже не знает, какое сегодня число”. Затем Эриксон сказал: “Ну, должно быть, сейчас где-то около четырех часов”. — “Четырех часов! Сейчас только два!”

В конце сеанса Эриксон открыл блокнот, сказал: “Я записываю время нашей следующей встречи и хочу, чтобы вы пришли вовремя” — и закрыл блокнот. Парень явился как штык 15 мая ровно в четыре часа. Все время, пока Эриксон говорил, парень кричал, и то, что Эриксон говорил, никак не соответствовало тому, что он выкрикивал, а значит, не могло забыться. Он не мог и отказаться прийти, потому что ему не было сказано прямо, когда приходить. И он не мог опоздать, потому что ему не было названо точное время.

У.: Кажется, я припоминаю, что в этом случае и в некоторых других мы пытались найти параллель между гневом на терапевта и гневом на отца. А Милтон просто отмел это в сторону. Очень любопытно было то, что он слушал, и то, что пропускал мимо ушей.

Х.: Мы пытались выяснить, как он работает с парами и семьями. Иногда он принимал их вместе, но чаще — по отдельности.

У.: Правильно. Мы искали политику, генеральное направление.

Х.: В одном случае он говорил, что сексуальный симптом — это дело пары. И соответственно лечил их как пару. В другой раз он лечил индивидуально, например, Энн, которая ложилась в постель и не могла заниматься сексом, потому что у нее начиналось удушье и сердцебиение. Когда он ее вылечил, мы спросили: “А как же муж? Разве вы не собираетесь помочь мужу приспособиться к новому поведению жены?” Он сказал: “У него не возникнет проблем с приспособлением”. Мы спросили: “Что вы имеете в виду?” — и он ответил: “Ну, раньше он довольно пассивно воспринимал то, какой была его жена. Сейчас, когда она изменилась, он будет воспринимать ее такой, какая она есть”.

Тот факт, что между супругами существовал некий контракт, в данном случае он не считал важным. А когда мы пытались обратить его внимание на значимость контракта, он был просто озадачен. Тогда как в другом случае признавал, что контракт существует. И мы никогда не знали, что он предпримет в следующий момент.

Мне кажется, он не был уверен, стоит ли вообще произносить простые утверждения или теоретические обоснования, потому что они слишком упрощают реальность. Случай из практики был метафорой; он содержал в себе все идеи, о которых он хотел нам поведать. Любое сокращение реального случая до теоретического описания было бы насилием над его сложностью.

У.: Хотя рассказ Эриксона всегда был сложнее, чем сам случай.

Х.: Чего не было в дискуссиях с ним, так это ссылок на учителей. Не думаю, чтобы он когда-либо говорил, что сделал что-то по совету некоего авторитета; или чтобы он сказал: “Я сделал это, потому что узнал об этом там-то и там-то”. Он будто стоял у истоков всего.

Обычно ты опираешься на предшественников, чтобы придать своим словам вес. Эриксон никогда не делал этого. Он говорил: “Попробуй и посмотри, сработает ли”. Он даже себя не предлагал в качестве авторитета. Он не говорил: “Сделай это так-то. Потом приди ко мне и расскажи, как ты это сделал”. Потому-то он и не был гуру в обычном смысле этого слова.

У.: Но в то же время он настаивал, чтобы люди получали соответствующее базовое образование, как он сам. В результате получалось что-то вроде: “Получи соответствующее образование, проштудируй весь материал, а затем иди своим путем”.

Х.: Главное, что отличает его от культового лидера — абсолютная вера в разнообразие: каждый должен работать по-своему, в своем собственном стиле. Поэтому он не хотел, чтобы мы его имитировали. И сам он никого из предшественников не имитировал.

Грегори Бейтсон считался вольнодумцем в антропологии. Мне кажется интересным, что Бейтсон восхищался Эриксоном, вольнодумцем в психиатрии. И Эриксон тоже очень восхищался Бейтсоном. Ни один, ни другой не были озабочены приверженностью к определенному пути в своей профессии. Они были исследователями того, что считали важным в жизни.

У.: В этом отношении они мыслили очень похоже.

Х.: Знаешь, был один очень характерный для Эриксона случай. Когда он работал в больнице — то ли в Элоизе, то ли где-то еще — к ним поступила буйная больная. Она заявила:

“Сначала я буду кричать, а потом переломаю пару костей!” Она начала кричать, затем остановилась и повторила: “Я буду кричать, а затем переломаю пару костей!” Там было шесть медбратьев, но они боялись к ней подступиться. Они позвали Эриксона, он

пришел, а она продолжала вопить: “Лучше не трогайте меня, доктор. Я буду кричать и ломать кости!” И он сказал: “Я до вас не дотронусь. Я хочу, чтобы вы продолжали кричать”. Она продолжила орать, и тогда он взял шприц...

У.: Нет, до этого был еще один шаг. Он сказал: “Ладно, пожалуй, кричать — это ваша работа. Я не собираюсь к вам прикасаться, но вы согласны, если я тоже буду делать свою работу?” Она ответила: “Если не будете прикасаться ко мне, делайте себе на здоровье свою работу”. Он получил разрешение.

Х.: Он взял шприц и, когда она в крике широко раскрыла рот, брызнул ей в рот из него, и она проглотила лекарство. Тогда она перестала кричать и спросила: “Это что было, снотворное?” И он ответил: “Да. Но я ведь не прикасался к тебе, правда?” И она сказала: “Не прикасался”. И еще добавила: “Наконец-то появился доктор, который знает свое дело”.

6. Почему не длительная терапия (1990)

Любопытно, как мало встреч и тренинговых программ проводится по обучению длительной терапии. Большинство из попадающихся на глаза объявлений приглашают на семинары по краткосрочной терапии. Подразумевается, что каждый знает, как вовлечь клиента в терапию на месяцы или годы. Однако долгосрочными терапевтами не рождаются, ими становятся. У терапевтов не бывает врожденных способностей обрекать клиентов на долговременные контракты. Не имея специальной подготовки, им приходится методом проб и ошибок учиться, как осуществлять бесконечную терапию на практике.

Бытует мнение, что длительная терапия возникла из-за неумения терапевтов лечить людей быстрее. Однако есть и более достойная уважения точка зрения: для длительной терапии требуются особые способности. В конце концов, многие используют краткосрочную терапию, потому что им не хватает мастерства удержать клиента. Мало пишется и о техниках длительной терапии.

Одним из немногих терапевтов, имевших смелость обсуждать вопрос о том, как удерживать клиента и не допустить его перехода к другому специалисту, был Милтон Г. Эриксон. Например, он предлагал такой прием, предотвращающий уход клиента: выслушать клиента и с сочувствием сказать: “Я знаю, как вам трудно говорить об этом. И если вы будете вынуждены опять повторить это кому-то другому, вам будет еще больнее”. Эриксон уверял, что такое простое замечание удержит клиентов от перехода к другому терапевту. Более сложные приемы, разработанные Эриксоном для удержания клиентов в терапии, все еще остаются в секрете.

Длительность терапии — один из наиболее важных и спорных моментов этой сферы деятельности, а сейчас на нее еще накладывают ограничения страховые компании. Однако в данном вопросе необходимо учитывать мнение клиницистов, а значит, от нас, терапевтов, требуется принять по нему решение. Вопрос о длительной терапии необходимо рассмотреть с двух сторон: первая — потребности терапевта, вторая — потребности клиента.

Взгляд со стороны терапевта

Так как терапия одновременно и призвание, и бизнес, вопрос о том, как удержать пациента в терапии, может показаться неприличным. Не исключена вероятность подозрения, что

основной мотив для длительной терапии — желание побольше заработать. Лучшее, что мы можем сделать в этой ситуации, — это посмотреть фактам в лицо. Терапевты на самом деле зарабатывают больше денег на клиенте, который лечится годами, чем на том, кто проходит быстрое лечение. Факт зарабатывания большей суммы денег не может быть причиной избегания обучения методам длительной терапии.

Если мы примем финансовую проблему как нечто такое, с чем должны жить, какие же выгоды получает терапевт от длительной терапии? Даже если кое-кто из терапевтов и не хотел бы задумываться о положительной стороне бесконечной терапии, все-таки следует ее обсудить. Это как романтическая интрижка: многие не прочь завести ее, но избегают говорить об этом публично.

Было время, когда терапевты-краткосрочники были вынуждены обороняться. Те, кто проводил длительную терапию, считали себя “глубокими” и были весьма самоуверенны, если не сказать самонадеянны. Им нравилось подчеркивать, что краткосрочная терапия неглубока и поверхностна. Терапевты, работавшие краткими методами, должны были постоянно приводить результаты научных исследований, чтобы доказать свои успехи и отсутствие корреляции между длительностью терапии и ее результатами.

Сторонники длительной терапии легко отбрасывали эти данные как не относящиеся к делу. Они указывали на то, что результаты лечения не вызывают изменений в терапевтических подходах, которые меняются только в зависимости от моды. “Краткосрочным” терапевтам был приклеен ярлык немодных и неэлегантных как в теории, так и на практике. Сейчас, в связи с изменениями, происходящими в страховании, и медицинскими контрактами, устанавливающими ограничения на длительность лечения, ситуация стала противоположной: “длительни- ки” защищаются, а “краткосрочники” бахвалятся. Придет день, и мы увидим, как сторонники длительной терапии тщетно пытаются призвать себе на помощь науку.

Мои молодые коллеги не могут помнить Золотого Века длительной терапии и, возможно, оценят одну мою случайную встречу как иллюстрацию к положению дел в то время. Как-то раз я ужинал в одном из парижских ресторанов и разговорился с американской парой, сидевшей за моим столиком. На их вопрос о моей профессии, я сказал, что руковожу институтом психотерапии. Супруги много знали о психотерапии, недаром они были из Нью-Йорка. Они обрадовались тому, что у нас есть общая тема для разговора. Муж сказал, что лечится у терапевта уже

двенадцать лет, а жена — восемь лет; терапевтом он называл психоаналитика. Оба они встречались со своим аналитиком несколько раз в неделю. Я спросил, помогла ли психотерапия решить их проблемы. Вопрос мой явно их поразил. “Конечно, нет, — сказал джентльмен, как будто задумался об этом впервые. — Если бы помогла, мы бы сейчас не лечились”. Я спросил, порекомендуют ли они психотерапию другим. Они ответили: “Конечно, каждый должен посещать терапевта”. Мне стало ясно, что их терапевт знает свое дело.

В ходе беседы я заметил, что двенадцать лет, пожалуй, большой срок для лечения. Словно защищаясь, мужчина спросил меня, а как долго мы осуществляем лечение в нашем институте. Я ответил: “В среднем — за шесть встреч. Студенты дольше: приблизительно за девять встреч”. Супруги в шоке посмотрели на меня, словно жалея, что вообще завели эту беседу. Я же поймал себя на том, что говорю им извиняющимся тоном: “Правда, это в среднем. Некоторых мы лечим довольно долго”. Я даже добавил, чтобы как-то заполнить напряженное молчание: “Иногда человек приходит один раз в месяц, и тогда курс из шести встреч длится полгода...” Супруги стали весьма снисходительны и вежливы. Джентльмен посоветовал мне познакомиться с классом клиентов, к которому он сам принадлежит. Защищаясь, я ответил, что мы помогаем каждому страждущему, который стучится в нашу дверь. Он сказал, что я ни за что не смог бы провести лечение со специалистами по рекламе, людьми такого уровня, как он и его жена. Ведь их требуется лечить очень долго, потому что их работа вызывает такое чувство вины, что во искупление ее они вынуждены отдавать массу денег своему аналитику. Мне пришлось согласиться, что наши методы не могут удовлетворить эту особую потребность, потому что в нашей области отсутствует рекламная индустрия такого масштаба. Супруги утратили ко мне интерес и начали разговаривать с какими-то итальянцами.

Я обнаружил, что обороняюсь, рассказывая об эффективной терапии, хотя уже тогда велись разговоры, что длительное лечение не приносит результатов. Я также понял, что не знаю, как терапевту удалось заставить ту пару годами ходить к нему, при этом без всякого улучшения. В больших городах существуют тысячи терапевтов, обладающих подобным умением. Если этому и учат, то, скорее всего, не на открытых семинарах, куда может попасть любой. Возможно, эта наука постигается тайно, в ходе личной психотерапии. Я знаю, что в Нью-Йорке нужно учиться в среднем около семи лет, чтобы стать психоаналитиком. Это намного дольше тех нескольких месяцев, которые рекомендовал Фрейд. Возможно, современные подопечные аналитиков более

бестолковы и требуют более длительного анализа, но, может быть, это нужно для того, чтобы они сумели познать больше секретных приемов удержания людей в терапии.

Сейчас и мода, и финансирование лечения изменились, и люди начинают избегать длительной терапии. Маятник качнулся в другую сторону.

Изучая современную психотерапию, мы видим разительные перемены, произошедшие за последние двадцать лет. Нет больше горстки терапевтов, разбирающихся с горсткой попавших в беду людей. Психотерапия превратилась в индустрию. Подобно копировальным машинам, затопившим весь мир бумагой, университеты штампуют терапевтов всех видов. Среди них — психологи, психиатры, социальные работники, школьные психологи, промышленные психологи, гипнотерапевты, терапевты- наркологи, врачи-терапевты, консультанты по вопросам брака, семейные терапевты дюжины направлений и т.д. Эти терапевты повсеместно заполняют офисы и агентства. Частично это результат рекламы психотерапии в средствах массовой информации. В телесериалах главные герои проходят психотерапию и говорят об этом как о части своей жизни. Ведущие ток-шоу обсуждают своих терапевтов, предлагая аудитории себя в качестве примера. Женские журналы посвящают этому вопросу целые страницы. Психологи, выступающие по телевидению и радио, советуют все бросить и начать лечение. “Как только ваш муж согласится на консультацию, все будет прекрасно”, — этот призыв психолога по радио слышат миллионы.

Когда психотерапия стала стилем жизни, разве может терапевт говорить о краткости ее проведения? Не похоже ли это на хвастовство “Дженерал Моторз” о том, как быстро они могут изготовить “кадиллак”? Или на хвастовство хирургов о том, как мало времени им потребуется для операции на сердце? На заре психотерапии, когда люди были беднее и не было системы медицинского страхования, лечению пристало быть коротким. Сейчас, чтобы стать терапевтом, нужно столько денег, что возвращение инвестиций выглядит вполне справедливым. Дорого обходится не только само обучение и получение диплома выпускника — есть еще и обучение в аспирантуре. Да плюс еще расходы на собственную психотерапию. Ибо подразумевается, что она каким-то образом сделает терапевта более преуспевающим. (Это также способ обеспечить клиентов тренерскому персоналу, который иначе сидел бы без работы. Четыре аналитика и четыре бизнесмена, обремененные чувством вины, несколько встреч в неделю — вот все, что требуется стороннику терапии, чтобы на

несколько лет вперед избежать поисков рекомендаций). Помимо академических расходов, терапевты должны обращаться в частные институты для обучения терапевтическим навыкам, которым их не научили в университете. Требование непрерывности образования вынуждает посещать семинары и конференции. Терапевтическая практика в наши дни — это колоссальное вложение денег, и мы должны это принять и включить расходы в гонорар.

Психотерапевт — не единственный, кто зарабатывает платой за терапию. Подобно тому, как за спиной одного солдата в бою стоят 40—50 человек в тылу, так и за спиной терапевта — вереница поддерживающего персонала. Это администраторы тренинговых институтов, охранники и судьи, работники больниц и тюрем, сотрудники отделов рекламы, учителя детей с психическими отклонениями, системные теоретики, редакторы журналов, издатели, штат профессионального союза, лица, выдающие лицензии, юристы, специализирующиеся на делах по конституционным правам, и т.д. Очевидно, что терапия должна обеспечивать не только терапевта и его семью, но и весь вспомогательный персонал, вовлеченный в данную область.

Может ли краткосрочная терапии давать тот же доход, что и длительная? Некоторые быстро работающие терапевты утверждают, что может, но только если ты готов зарабатывать потом и кровью. Чтобы “краткосрочный” терапевт полностью заполнил свои рабочие часы, требуются значительные усилия. Одно время у меня была частная практика краткосрочной психотерапии, и чтобы зарабатывать как практикующий длительную терапию, мне необходимо было иметь клиентуру в три-четыре раза больше. Необходим постоянный приток клиентов, ибо они все время меняются. Помню, как я завидовал “длительным” терапевтам, которые могли составить расписание своих встреч с пациентами на год вперед с уверенностью, что все они будут оплачены. В краткосрочной терапии при улучшении состояния делается перерыв, и после этого клиент переходит к посещениям раз в две недели или раз в месяц. Что же будет с этим пустующим часом на следующей неделе? Возможно, появится новый клиент, а может быть, и нет. А может быть, в поисках клиента потребуется обращение в Ассоциацию родителей и учеников. Необходимость назначить встречу становится нравственным решением, а не рутинным вопросом.

Кроме того, сам стиль краткосрочной терапии более утомителен. Рабочий день более уплотнен. Например, на первом сеансе терапевт должен попытаться выяснить, в чем именно состоит проблема клиента, и понять, какие дальнейшие действия

необходимо предпринять, причем все это сделать за час. При этом, как правило, проблема формулируется, и клиенту дается директивное указание. Второй сеанс выявляет реакцию клиента на указание, которое в соответствии с ней переопределяется. К третьему сеансу уже появляется изменение к лучшему, и встречи могут стать более редкими. Начинается поиск новых клиентов. Какой контраст с длительным подходом, при котором требуется три встречи, чтобы заполнить историю болезни, еще три — чтобы построить генограмму, и только после этого терапевт начинает размышлять над путями решения проблемы. Насколько же легче откинуться на спинку кресла и сказать: “Расскажите-ка об этом поподробнее” или “Вы не спрашивали себя, почему вас так огорчило мое сегодняшнее опоздание?”

Длительная терапия может быть неспешной, ибо у нее нет четкой цели. Краткосрочная же терапия требует, чтобы все действия вели к некой цели. Невозможно создать какой-то метод и пытаться применить его к каждому. Терапевт должен придумывать особое задание для каждого клиента. При длительной терапии требуется освоить только один метод и применять его. С каждым следующим клиентом терапевт повторяет в точности то же, что делал с предыдущим. Этому клиенту данный метод не подходит — ничего, подойдет другому. Насколько сложнее подходить к каждому клиенту индивидуально! Есть “краткосрочные” терапевты, пробующие использовать один и тот же метод во всех случаях, — например, всегда предлагая клиентам оставаться такими, какие они есть, — однако эта простота оказывается эффективной крайне редко.

В распоряжении “длительных” терапевтов все самые лучшие теории, рационально обосновывающие их техники и длительность лечения. И я имею в виду не только целое столетие разговоров и писанины о психодинамической теории, но и современные модные течения в философии. От теоретизирования по поводу бессознательного до высоколобых дискуссий об эпистемологии, эстетике, конструктивизме, хаосе — один шаг. Если теория сложна, практика (то есть терапия) может позволить себе быть простой, особенно если теория толкует о том, что у человека не в порядке, а не о том, что сделать, чтобы дать шанс этому человеку измениться. “Краткосрочные” терапевты обычно привязаны к разговорам о том, что делать, и это, разумеется, не способствует глубоким идеологическим дискуссиям. Кроме того, по краткосрочной терапии мало литературы — по сравнению с 70 тысячами книг и статей, посвященных психодинамической теории.

Другая проблема: “краткосрочные” терапевты не склонны

соглашаться с теорией сопротивления. Они верят, что человек получает то, на что надеется, и, конечно, это убеждение препятствует борьбе за установление сотрудничества с клиентом. Длительная терапия опирается на теорию сопротивления, которая дает повод для бесконечного лечения, необходимого, чтобы преодолеть это сопротивление. В ее багаже также и мощная теория о том, что, если клиент хочет закончить лечение, это значит, он сопротивляется изменению, и настоящего улучшения не наступило, а посему терапию необходимо продолжить. "Длительная идеология" дает возможность терапевту самому решать, когда закончить лечение, поэтому сроки лечения — в надежных руках. Терапия продолжается, пока терапевт не решает, что клиент приблизился к совершенству, насколько это можно сделать за время человеческой жизни.

Нельзя не оценить и важность имиджа терапевта при выборе типа психотерапии. "Краткосрочный" терапевт склонен видеть себя человеком спешащим и напряженным. "Длительные" терапевты порой имеют скучающий вид, выслушивая так много от такого малого количества людей. Даже брачные отношения не требуют столь тесной близости. Хотя "длительные" терапевты выглядят как мудрые философы, способные предложить клиенту наилучший из возможных совет, клиент все же должен решать сам за себя. В удобном кресле, в хорошо оформленном кабинете, желательно с камином, терапевт терпеливо выслушивает клиента, как добрый друг, с которым вы встречаетесь годами. Иногда конфронтация необходима, но если подходить к ней осторожно, клиент терапию не бросит. Клиенты любят "длительных" терапевтов, а вот "краткосрочные" обычно остаются обойденными клиентской любовью. Слишком мало времени для романа. Этот добрый, любящий, философский образ особенно привлекателен для юношей-выпускников. Они надеются открыть частную практику, хотя все большему количеству приходится устраиваться на зарплату в агентствах или больницах, где требуется лечить быстро и эффективно.

Взгляд со стороны клиента

Помимо выгод длительной терапии для психотерапевта, остается еще вопрос о преимуществах ее для клиента. Отвечая на него, мы должны иметь в виду не только самого клиента, но и "группу поддержки" в лице его семьи. Научный отчет об одном терапевтическом случае поможет прояснить суть дела.

Я вспоминаю женщину, которая сразу же после замужества почувствовала себя несчастной. В результате она начала проходить курс психотерапии. Прошло восемнадцать лет — она все еще проходила терапию. К этому моменту она развелась с

мужем. Рассталась и со своим терапевтом. Когда я в последний раз виделся с ней, она обдумывала возможность брака с другим мужчиной. Она подумывала и о том, чтобы снова начать терапию. Можем ли мы сказать, что два десятка лет терапии дали эффект — положительный или отрицательный? Была ли предпочтительней в ее случае краткосрочная терапия? На этот вопрос может ответить лишь обстоятельное исследование. Тем не менее, некоторые выводы очевидны. С одной стороны, эта женщина никогда не состояла в браке-диаде. Ее брак был треугольником между ней, мужем и терапевтом, что нередко случается в наши дни со многими женщинами и мужчинами, проходящими индивидуальную терапию. Какую цену заплатил муж за ее лечение? Только ли расходы на терапию, пробившие солидную брешь в семейном бюджете, а может, еще и личные потери? У этого человека была жена, чьи ощущения и мысли, даже самые сокровенные, открывались в первую очередь другому мужчине, не ему. Все, что сообщалось ему, предварительно обсуждалось с терапевтом, а ему доставался отредактированный рассказ, окрашенный эмоциями, бывшими в употреблении. Все важные события в ее жизни, включая рождение детей и проблемы их воспитания, обсуждались с терапевтом. Мужу как советчику жены и отцу своих детей отводилось лишь второе место, тогда как терапевт был для нее авторитетом и экспертом во взаимоотношениях между людьми.

Посмотрев на этот треугольник под другим углом, мы будем вынуждены признать, что муж 18 лет жил со своей женой, платя другому человеку за то, чтобы тот выслушивал ее жалобы. Это освобождало мужа от нелегкого бремени, что, вероятно, некоторым мужьям покажется большим плюсом, а некоторым — нет. Существовало также соглашение, подтверждаемое каждой встречей с терапевтом, что жена — ненормальна, а муж — нормален: ведь ему не требовалась терапия. Таким образом, их отношения были определены экспертом как такие, в которых муж играет главенствующую роль и заботится о своей не вполне адекватной жене. Терапевт, конечно, видел в жене слабую, нуждающуюся в его поддержке женщину — иначе он не занимался бы с ней терапией годами. Встречаясь с женой, он тем самым сообщал семье, что она не столь нормальна, как другие люди.

Как трудно выбирать в данном случае между краткосрочной или долговременной терапией! Позитивный аспект состоит в том, что терапевт способствовал длительному браку. Восемнадцатилетний стаж супружеской жизни в наше время легких разводов — это ли не достижение? Большинство жен,

несчастных в браке и прошедших краткосрочную терапию, скорее склонны расстаться со своими мужьями. Если брак укреплялся терапией, разве не стоит считать это положительным эффектом? Можно заметить, что некоторые жены и мужья ищут в терапии не изменений, а утешения. Они чувствуют, что из финансовых соображений или ради детей им следует оставаться в браке. И от терапевта они ждут только одного: сделать этот не устраивающий их брак сносным. Возможно, неправильно помогать людям сохранять несчастный брак, но часто они просят именно о такой услуге. Короткое вмешательство с целью добиться изменений не удовлетворит их.

Вопрос о “клейме”

Важным фактором длительной терапии является то, что практикующие ее не считают факт психотерапевтического лечения позорным клеймом для человека. Они полагают, что терапия полезна каждому и лечение не означает, что человек в глазах окружающих ненормален или неадекватен. Этой убежденностью пропитаны терапевты, работающие в рамках теории развития и роста личности, и те, кто стремятся расширить границы возможностей человека. В клиенте они не видят никаких дефектов, кроме его состояния, а значит, любой может расти и совершенствоваться. Тем не менее, практикующие терапию личностного роста могут одновременно осознавать, что их клиент не должен пытаться баллотироваться в президенты. Ибо все еще очень популярно предположение о том, что “психотерапия” означает, что человек имеет определенные нарушения и не может решать жизненные проблемы, как все нормальные люди, — особенно, если терапия длится годами.

Длительная терапия обычно в качестве защиты использует аргумент, что клиент слаб и, чтобы противостоять жизненным трудностям, нуждается в поддержке. Напротив, “краткосрочные терапевты склонны верить, что каждый человек должен стать нормальным, и для этого достаточно нескольких встреч, помогающих выправить некоторые проблемы. Лежащий в основе краткосрочной терапии взгляд на человеческое состояние и то, как люди его контролируют, кардинально отличается от позиции длительной терапии. “Краткосрочный” терапевт, например, может и отказать кому-то в терапии, если считает, что человеку она в действительности не нужна. “Длительные” же терапевты уверены, что терапия полезна каждому и отказывать нельзя никому — при условии, что клиент в состоянии оплатить услуги терапевта.

Вспомогательный персонал

Лишь недавно социальное окружение клиента стало объектом

внимания терапевтов. В наши дни влияние семейной структуры считается само собой разумеющимся. Например, представим, что умирает добрый, любящий член семьи — и вся семья теряет устойчивость. Если член семьи начинает терапию с добрым терапевтом, семья стабилизируется. Проблема возникает по окончании курса. В этот момент семья вынуждена реорганизоваться, чтобы приспособиться к потере, к которой она не готова. Поскольку семья становится нестабильной, клиент начинает страдать от этого, и терапевт делает вывод, что проблема все еще не решена и терапия должна быть продолжена. Годы идут, а терапия выполняет функцию стабилизатора семьи. Иногда подобная цель достигается регулярным помещением одного из членов семьи в больницу — как правило, это трудный подросток. Вспомогательный персонал терапевта, то есть работники больницы, и вспомогательный персонал клиента, то есть семья, — все выигрывают от терапии. Семья получает стабильность, терапевт и его помощники — зарплату. Можем ли мы сказать, что это функция недостойна терапии? Краткосрочная терапия такую функцию не выполняет. Краткосрочная терапия склонна вносить дестабилизацию в семью как часть процесса изменения. Длительная же терапия стремится законсервировать семейную структуру в существующем на данный момент состоянии.

Существует еще один аспект стабилизации, касающийся симметрии человеческих отношений. Поскольку люди и другие животные — существа симметричные, то есть имеющие по одному глазу с обеих сторон носа, по одному уху с обеих сторон головы и т.д., симметрия существует, вероятно, и в человеческих отношениях. Это называется четвертым законом человеческих взаимоотношений. Например, если один из супругов привязывается к кому-то вне семьи, второй тоже может искать привязанность на стороне. То есть если один супруг изменяет, другой стремится делать то же самое или устанавливает слишком тесный контакт со своими коллегами по работе, или начинает курс психотерапии и привязывается к терапевту.

Если жена слишком привязана к сыну, муж, вероятно, тоже найдет объект для привязанности — свою мать, например, или терапевта. Очевидно что, если семьям необходима сбалансированность, должны существовать и терапевты, которые за деньги помогут откорректировать симметрию семьи. Если привязанность одного из супругов к кому-либо носит длительный характер, у второго для обеспечения стабильности системы должен быть терапевт, причем на длительный срок.

Потребности индивида

В чем еще нуждается человек, помимо стабилизации структуры? И не удовлетворяет ли длительная терапия эти потребности лучше, нежели краткосрочная? Давайте рассмотрим основную потребность человека — потребность объяснять. Социальные психологи много лет предполагали, а исследователи мозга и сейчас соглашаются с тем, что основная человеческая потребность — построение гипотез о себе и о других. Человек не может не строить объяснений. Кто бы ни совершил любой поступок, мы должны выдвинуть гипотезу о том, почему он или она это сделали. Иллюстрирует это утверждение уже то, что мы выдвигаем гипотезы о том, почему мы выдвигаем гипотезы. Во время бодрствования, а может, и во сне, мы объясняем.

Отвечает ли краткосрочная терапия этой потребности? Нет, конечно, ведь ее предпосылка состоит в том, что обсуждение проблемы не поможет решить проблему. Необходимо действие. Помню, как много лет назад я сделал вывод, что инсайт следует за терапевтическим изменением. Когда я производил быстрое вмешательство и избавлял клиента от симптома, тот стремился рассказать мне открывшиеся ему функции, выполняемые симптомом в прошлом и настоящем. Как я ни сопротивлялся, инсайт мне навязывали. Сейчас я понимаю, что клиент просто удовлетворял свою потребность в объяснении. Люди должны иметь объяснение тому, почему они избавились от симптома, и должны уяснить себе, почему он у них был. Не зная о потребности в гипотезах, я испытывал в подобных ситуациях зудящее нетерпение, так как проблема-то была решена, и клиенту следовало возвращаться к своей обычной жизни.

Когда мы рассматриваем длительную терапию с этой позиции, становится очевидным, что наибольший вклад она вносит в сферу объяснений, построения гипотез. Терапевт готов сидеть с клиентом и строить гипотезы час за часом, неделю за неделей, месяц за месяцем, год за годом. “Интересно, почему вы удивлены этим своим поступком?”, “Давайте исследуем, откуда появилась эта мысль” или “Разве не знаменательно, что вы...” Каждая гипотеза о прошлом и настоящем тщательно изучается. Двое получают удовольствие от совместного построения гипотез, и при этом потребность каждого удовлетворена. Терапевт получает подтверждение теории, основой которой является потребность в выдвижении гипотез и объяснении. Клиент же должен выдвигать гипотезы, чтобы попытаться объяснить, почему его или ее жизнь — сплошная неразбериха.

Интерпретация против директивы

Длительная терапия в первую очередь делает упор на интерпретации как инструменте построения гипотез.

Краткосрочная терапия рассматривает директиву как инструмент достижения изменений. Длительная терапия склонна обучать человека. Основная ее задача — помочь человеку скорее понять, нежели решить свою проблему. При такой постановке вопроса изучение результатов лечения неуместно. Человек ничего не преодолевает. Краткосрочная терапия обычно фокусируется на проблеме, которую необходимо решить с помощью определенного рода вмешательства. Посему определить, произошло изменение или нет, не составляет труда. В другой формулировке — длительная терапия склонна создавать элиту, имеющую специальные знания о себе, которыми не обладают обычные люди. Клиент учится следить за собой и давать объяснения, почему он делает то, что делает. Причем объяснения строятся в идеологических рамках, которым обучаются только в процессе терапии. В краткосрочной терапии клиент стремится избавиться от своей проблемы и снова влиться в мир обычных людей.

Идеи длительной терапии легко освоить, так как они — часть интеллектуального климата нашего времени и встречаются как в профессиональной, так и в популярной литературе. Научиться выполнять короткое вмешательство, например, тяжелое испытание или парадокс, гораздо сложнее, так как специальные методы, доступные терапевтам-практиками, в основном неизвестны широким кругам интеллектуалов. Возможно, именно поэтому требуется так мало семинаров и курсов по обучению длительной терапии и так много по краткосрочной терапии. Освоить методы краткосрочной терапии, просто приобщившись к современной интеллектуальной культуре, невозможно.

Особые проблемы, требующие длительной терапии

Прежде чем говорить о длительной и краткосрочной терапии в терминах “или — или”, нужно понять, что есть ситуации, требующие длительной терапии, и есть ситуации, требующие краткосрочной. Давайте рассмотрим те, при которых длительная терапия выглядит более уместной.

Кроме потребности стабилизировать брак или семью, существуют и другие особые проблемы, требующие длительной терапии. Одна из наиболее серьезных — сексуальное или физическое насилие, когда курс терапии назначается приговором суда. Краткая интервенция может остановить такие незаконные или аморальные действия. Однако кто может быть уверен, что продолжения не последует? Возможность рецидива — это не академическое понятие, а новые жертвы. Таких клиентов необходимо наблюдать длительное время, чтобы убедиться, что положительный эффект терапии не исчез. Если кто-то всерьез наблюдает за человеком, терапия становится длительной и

полностью подчиняется природе проблем.

Другой тип проблем, требующих, как правило, длительной терапии, это хронические психотики и их семьи. При первом проявлении психоза терапия может быть краткой, так как ее основная цель — как можно скорее вернуть человека к нормальной жизни. Кризисная терапия семьи направлена на то, чтобы снять у молодого человека с диагнозом шизофрения необходимость в лекарствах и вернуть его к работе или в школу. Эта задача может быть выполнена достаточно быстро. Однако, если речь идет о случае, когда больной был госпитализирован уже раз шесть, необходимость длительной терапии очевидна. Пациент

— хронический, семья — хроническая, то есть она полагает, что излечение невозможно, и профессионалы, работающие с пациентом, совершенно уверены в пожизненной необходимости медикаментозного лечения и регулярной госпитализации. В данной ситуации изменить весь вспомогательный персонал — задача не из простых.

Другая особая проблема — вынужденная длительная терапия, когда терапевт хочет завершить лечение, но не может. Терапия тянется без энтузиазма и даже с определенной долей обиды и возмущения. Клиент, со своей стороны, тоже может желать ее завершения, но, получая от терапевта определенную реакцию, не в состоянии сделать это. Такие ситуации можно сравнить с зависимостью. Человек может стать зависимым от своего терапевта так же, как от любовника или любовницы. Клиент “попадается на крючок” конкретного терапевта или терапии как таковой. Цель лечения — освободить клиента от зависимости.

Вероятно, в самой природе терапии заложена возможность возникновения зависимости. Типичный образец зависимости включает в себя обещание приятных ощущений и близости, за которым следует отторжение, принимающее форму невыполненного обещания. Хотя возможность его выполнения продолжает существовать. Так же мать сначала подстрекает ребенка позвать ее погулять, а затем отклоняет его просьбу, потому что слишком занята. Или она зовет ребенка и одновременно жалуется, что он на ней виснет. Природа терапевтического контракта предполагает, что терапевтические отношения носят интимный характер. Однако эти отношения не могут осуществиться как интимные, а поэтому отторжение неизбежно. Кроме того, близость длится до тех пор, пока клиент платит; таким образом, дружба — оплаченная, а значит отрицающая близость, хотя негласно обещающая ее. “Длительные” терапевты нередко попадают в подобные

отношения зависимости и не могут освободиться от них без помощи третьего лица, например инспектора.

Конечно, существует немало ситуаций, когда терапевт обязан работать быстро. Терапия, оплаченная страховой компанией в пределах нескольких встреч, — краткосрочная по определению, если только клиент или терапевт не решат пойти на финансовые жертвы и продлить лечение. Другая ситуация ограниченного времени терапии — краткосрочное помещение в больницу, оплаченное страховой компанией. Человек, помещенный на несколько недель в больницу, выписывается, когда заканчивается страховка, независимо от своего состояния. Обычно терапевт, работавший с клиентом в больнице, не может продолжить лечение за ее пределами, поэтому после выписки терапия заканчивается.

Финансирование терапии будущего

Окидывая взглядом современную психотерапию, можно заметить определенные тенденции, к развитию которых хорошо бы заранее подготовиться. Не вызывает сомнения, что терапия под влиянием способов ее финансирования будет укорачиваться. Так же, как сроки госпитализации могут стать короче по решению страховой компании, и длительность терапии будет уменьшаться по мере уменьшения определяемых страховкой сроков лечения. В основе финансирования терапии грядут изменения, а значит откроются и новые возможности.

В истории психотерапии, пожалуй, наиболее важным было решение о почасовой оплате. Историки когда-нибудь обнаружат, кому пришла в голову эта идея. Во многих отношениях теория и практика психотерапии сформировалась в тот момент, когда терапевты выбрали возможность сидеть с клиентом и получать деньги за длительность лечения, а не за его результат.

Когда понимаешь, что почасовая оплата была произвольным решением, нет причин не развивать другие виды терапевтического гонорара. “Длительные” терапевты могут продолжать брать почасовую оплату с тех клиентов, которые могут оплачивать ее из своего кармана, а другие терапевты могут рассмотреть альтернативные варианты оплаты.

Оплата за излечение симптома

Из множества видов гонорара наиболее очевидной является оплата за излечение симптома — а не за количество часов, просиженных в присутствии клиента. Каждая проблема может иметь определенную стоимость. Прецедент можно найти в медицине, где работа хирурга оплачивается за выполненные действия, в отличие от работы педиатра, которая оплачивается по количеству часов или по количеству приемов пациента.

В терапии также есть прецеденты. Мастерс и Джонсон назначают фиксированную цену за излечение сексуальных проблем с последующим консультированием. Известно, что Милтон Эриксон говорил родителям: “Я пришлю вам счет, когда ребенок полностью избавится от проблемы”.

Есть и другие терапевты, берущие деньги за излечение фобии, а не за время. Я имею в виду одну группу, в которой берут 300 долларов за избавление от любой фобии. Ожидая быстрых результатов, они будут за эти деньги заниматься с клиентом до тех пор, пока фобия не исчезнет. Такой метод оплаты уже применяется в терапии, ограниченной по времени страховой компанией. Оплаченный курс из 20 встреч — это ли не гонорар за излечение симптома? Разница лишь в том, что, если терапевт излечивает больного за 3 встречи, он или она не может взять плату за оставшиеся 17, что происходит при фиксированном гонораре.

Попытаемся перечислить проблемы, связанные с установлением оплаты за удачное излечение симптома. Во-первых, терапевт должен быть способен устранить проблему. Этому-то и учат на тренингах по краткосрочной терапии. Если краткосрочной терапии легко научиться, как утверждают тренеры, тогда не существует возражений против установления оплаты на основе успеха лечения. Одновременно возникнет необходимость защитить и клиента, и терапевта при любой договоренности об оплате. Клиенту может быть предложен выбор: почасовая оплата за неопределенное будущее или твердая цена за избавление от конкретной проблемы. Контракт должен быть четким как относительно проблемы, так и цели. А если результат будет неясным? Чтобы защитить и клиента, и терапевта, можно ввести залог. Определенная сумма будет вноситься в качестве залога до тех пор, пока проблема не будет решена. В случае, если клиент и терапевт не смогут договориться, можно пригласить арбитра.

Конкретные процедуры могут быть легко разработаны, когда они являются частью новой системы. Более важен вопрос определения собственно цены. Сколько за излечение депрессии (если будет решено использовать этот термин)? Сколько за избавление от школьных прогулов? Какова цена за избавление от алкоголизма? Если у человека сразу несколько проблем, надо ли их оценивать по степени значимости? Может быть установлена дополнительная оплата за рецидивы. Все это — важные вопросы, и их решение внесет больше четкости в сферу психотерапии. Возникнет потребность в справочнике, отличающемся от классификации психических расстройств DSM-III, не имеющей

практической ценности для терапии. Такой справочник мог бы быть чем-то вроде прайс-листа и отражать цены за проблему. И будем надеяться, что эта договоренность не приведет к понижению цен в соревновании за заказы страховых компаний. Одно несомненно: заказчики терапии встретят договор об оплате за симптом с огромным энтузиазмом.

По мере развития подобной ценовой системы большинство терапевтов поначалу будут связывать результат с количеством времени, потраченным на клиента. Затем они обнаружат, что дело скорее в типе интервенции, а не во времени. Пример тому — лечебные интервью психиатров. Была установлена почасовая оплата за интервью, и многие порой жалели, что не могут принимать больше пациентов за час, как это делают другие врачи. Позже они увидели, что можно получать часовой гонорар, беседуя с клиентом лишь 10 минут. Это в шесть раз увеличило их часовой гонорар. И постепенно оплата стала устанавливаться за лечебное интервью, а не за время. Я знаю одного специалиста, который за день проводит 60 лечебных интервью, получая те же деньги, которые раньше зарабатывал бы за 60 часов. Чем не образец для “краткосрочных” терапевтов? Конечно, вряд ли они смогут работать с подобной скоростью, но уделяя клиенту 10— 15 минут вместо часа, можно увеличить заработок в несколько раз.

Ясно, что существует масса способов установления оплаты. Проблема сложна, но решаема. Положительный момент состоит в том, что спонтанная ремиссия, судя по данным исследований, составляет 40—50%. Если это так, терапевты могут быть не очень компетентны и все-таки получать гонорар за половину своих клиентов.

Как только несколько терапевтов поверят в свои силы настолько, что решат брать оплату на основе результата лечения, другие будут вынуждены последовать их примеру. Изменения произойдут и в учебных программах, ибо терапия будет требовать больше мастерства и станет более быстрой и точной. В результате преподавателям, вероятнее всего, начнут платить за успешное преподавание конкретных терапевтических техник, а не за количество часов или семестров. Цена за тренинг в той же мере, что и цена за лечение, может устанавливаться за его результат.

В настоящее время именно клиент рискует деньгами и временем, лечась у терапевта без гарантии изменения, без ограничений сроков терапии и без возможности узнать окончательную стоимость лечения. Когда цена устанавливается за успешное решение проблемы, риск возложится на терапевта. Терапевт должен будет либо добиться изменения, либо продолжать заниматься этим клиентом в то время, когда другие,

более выгодные клиенты, уже дожидаются своей очереди. При почасовой оплате именно клиент мог разориться или напрасно потерять часы, месяцы или годы. При оплате за результат терять время или разоряться будет терапевт. Но разве мы не готовы переложить риск на свои плечи, раз уж мы, терапевты, считаем себя добрыми, стремящимися помочь людьми?

7. Дзэн-буддизм и искусство психотерапии (1992)

Дзэн-буддизм — вероятно, старейшая из существующих систем, в которой один человек стремится изменить другого. Уже по меньшей мере семьсот лет мастера дзэн откликаются установлением личных отношений на просьбы тех, кто хочет измениться. Я попытаюсь прояснить природу и влияние дзэн-буддизма на способы изменения людей, принятые в западной терапии. В частности, речь пойдет о стратегическом или директивном подходе, наилучшим образом представленным терапией Милтона Эриксона.

Тем, кто интересуется духовными аспектами терапии, я хотел бы сообщить, что в данной работе внимание будет сфокусировано не на духовной стороне дзэн-буддизма, а на практической стороне искусства изменения людей. То есть, существует межличностная основа духовного развития, которое случается не “просто так”, — как и терапевтическое изменение происходит не “просто так”. Чтобы достичь сатори, человек не сидит под деревом Бо и не ждет, пока на него снизойдет просветление. Требуются особые взаимоотношения с наставником и целая система процедур (некоторые из них весьма странны), составляющая межличностную основу духовного роста. И я хотел бы подчеркнуть, что освобождает личность для духовного развития вполне материальная ситуация. В действиях, которые в дзэн-буддизме считаются необходимыми для достижения просветления, можно увидеть параллели с приемами стратегической терапии, направленными на изменение клиента.

Идеи дзэн повлияли на меня в пятидесятые, когда я разрабатывал свой терапевтический подход и занимался научными исследованиями. В течение десяти лет я был участником исследовательского проекта Грегори Бейтсона по изучению коммуникации. В рамках проекта мы изучали парадоксы, вызванные природой классификационных систем. В 1953 г., в начале моего участия в проекте, мы с Джоном Уиклендом посетили цикл лекций Алана Уоттса “Восточная философия и западная психология”. В то время Уоттс был директором Американской академии изучения Азии. Авторитет по вопросам дзэн-буддизма, он стал неформальным консультантом нашего проекта, так как разделял наш энтузиазм по поводу парадокса. Уоттс заинтересовался параллелями между терапией и дзэн-буддизмом и позднее опубликовал книгу об этом

(Уоттс, 1961). В то время о дзэн было известно немного, даже в Калифорнии, где развивались многие направления философии. Уоттс говорил, что он вошел в дзэн-буддизм “с черного хода”, так как не прошел официальной подготовки под руководством мастера дзэн в Японии. Его интерес к дзэн-буддизму был одновременно и интеллектуальным, и личным, а восхищение — поистине заразительным.

В 1953-м, в год моего открытия дзэн-буддизма, я записался на семинар Милтона Эриксона по гипнозу и начал изучать его терапию. Я обнаружил, что основные положения дзэн — пожалуй, единственный способ объяснить директивную терапию Эриксона, который в то время стоял в психотерапии особняком. Как ученик Эриксона, я использовал идеи, почерпнутые в дзэн-буддизме, для понимания методов моего учителя.

Должен сразу же оговорить, что я не специалист по дзэн и все, что я пишу, в основном относится к параллелям между дзэн-буддизмом и психотерапией. Кроме того, в дзэн-буддизме существует великое множество различных направлений и школ, методы которых варьируются от ритуальных церемоний и бюрократических процедур до чистой спонтанности. Мое понимание дзэн в основном опирается на идеи Уоттса, который в какой-то степени шел в дзэн своим путем, как Эриксон в психотерапии, а Бейтсон в антропологии. Например, многие авторитеты в области дзэн-буддизма считают глубокую медитацию главным методом достижения просветления. Однако к сатори можно прийти и после долгого мучительного сидения, во время которого надзиратели бьют вас палками, если вы засыпаете или впадаете в транс. Уоттс считал, что медитация важна, но видел в подобных ритуальных процедурах тяжелые испытания, накладываемые на учеников, чтобы те поняли: просветление достигается иначе.

Дзэн-буддизм — самый общий взгляд

Дзэн-буддизм зародился в Индии, распространился в Китае, а затем появился в Японии, где приблизительно в тринадцатом веке появились первые монастыри дзэн. С древних времен создана обширная литература — и это несмотря на то, что основное положение дзэн-буддизма гласит: невозможно достичь просветления, читая о нем, просветление нужно испытать лично. В историях дзэн отражен антилитературный, если не антиинтеллектуальный, взгляд на природу вещей. Например, одна изучавшая дзэн женщина умерла и оставила своему сыну письмо: “О буддизме написано восемьдесят тысяч книг, и если ты прочтешь их все, но не постигнешь самого себя, ты не поймешь даже этого письма. Это моя последняя воля и завещание”. И

подпись: “Твоя мать, Не родившаяся, Не умершая” (Репс, с.49).

Более типичный пример являет нам следующая история дзэн (Репс, с.59):

У Му-Нана, дзэн-мастера, был всего один преемник. Его звали Шою. Когда Шою завершил обучение в дзэн, Му-Нан позвал его к себе.

— Я старею, — сказал он, — и, насколько мне известно, ты, Шою, единственный, кто станет учителем после меня. Вот книга. Она переходила от мастера к мастеру на протяжении семи поколений. Я тоже вписал в нее многое в соответствии со своим разумением. Это очень ценная книга, и я передаю ее тебе как символ преемственности.

— Если эта книга настолько важна, пусть она лучше останется у вас, — ответил Шою. — Вы передали мне дзэн через уста, и я доволен им таким, каков он есть.

— Я знаю, — сказал Му-Нан. — Пусть так, но эта книга передавалась от мастера к мастеру на протяжении семи поколений, так что ты можешь хранить ее как символ полученного знания. Держи.

Их разговор шел около жаровни. И едва Шою почувствовал книгу в своих руках, он швырнул ее прямо на горящие угли. Ибо не было в нем жажды обладать. Му- Нан, никогда ранее не сердившийся, воскликнул:

— Что ты делаешь?

И Шою крикнул ему в ответ:

— Что ты говоришь?

Такой антилитературный взгляд резко отличается от интеллектуальной традиции западной психотерапии, где что-то считается верным только при наличии ссылки на некий авторитет или на пророка, который раньше писал об этом. Однако это очень напоминает то, как учил Эриксон. Он ссылался на признанные авторитеты очень редко и никогда в качестве доказательства. Он никогда не называл что-то истинным лишь потому, что кто-то из великих уже назвал это истинным. По-американски прагматично он говорил: “Это так, и если ты попробуешь сделать это, ты убедишься сам”. Хотя такого рода прагматизм часто понимался неверно клиницистами европейской традиции, для дзэн он типичен.

Цель дзэн — сатори, или просветление, которое, как предполагается, приходит при участии учителя, по возможности освобождающего своего ученика от поглощенности прошлым или будущим (или стремлением достичь просветления). Значение дзэн для психотерапии становится очевидным, если рассмотреть идеи западной психопатологии как крайние варианты проблем

обычного человека, обучающегося дзэн. О клиенте, попавшем в беду, говорят, что он чрезмерно поглощен своим прошлым, своей виной, навязчивыми идеями или стремлением отомстить. Или клиент может быть слишком устремлен в будущее, тревожась о том, что может произойти. Он или она старается контролировать свое мышление, чтобы избавиться от определенных мыслей. Иногда клиент боится смерти, а иногда, совершенно подавленный бытием, сам ищет ее. В межличностном плане клиент порой бывает так привязан к другому человеку узами любви или ненависти, что это напоминает аддикцию (нездоровую зависимость). Иногда человек фиксируется на материальном обладании или испытывает непреодолимое влечение к работе и никогда не расслабляется и не радуется. По определению, человек с симптомом все время повторяет действия, причиняющие ему неприятности, хотя и говорит, что хочет вырваться из этого круга, однако не может. Подобного рода фиксации и пристрастия в дзэн рассматриваются как то, что мешает человеку полно переживать настоящее, что является одним из путей к просветлению.

Дзэн-буддизм и эриксоновская терапия

В пятидесятые годы, когда идеи дзэн-буддизма начали проникать в область практической психотерапии, сравнивать их с терапевтическими идеями было бы абсурдно. Психодинамическая идеология, царящая повсеместно, опиралась на столь отличные от дзэн-буддизма предпосылки, что никаких параллелей между ними возникнуть просто не могло. Нацеленность на ин- сайт составляла резкий контраст с нацеленностью дзэн на действие. Тем не менее, был терапевт, который создавал в это время психотерапию с иным комплексом идей. Милтон Эриксон был известен в те годы как ведущий специалист по медицинскому гипнозу, и его терапевтический подход отличался от общепринятого и основывался на теории, не имеющей ничего общего с психодинамической.

Когда в середине пятидесятых я начал заниматься психотерапией и искал возможность работать под руководством Эриксона, он был единственным известным мне терапевтом, идеи которого могли составить теоретическую основу краткосрочной терапии. Я также осознавал, что рассматривать с точки зрения идей дзэн его директивный подход, необъяснимый в рамках недирективной психодинамики, — это единственный способ разобраться в нем. Я разговаривал с Эриксоном о сходстве между его работой и методами дзэн. В ответ он, как обычно, поведал мне ряд случаев из своей практики. Эти истории иллюстрировали некоторые его взгляды на попытку жить настоящим. Например,

он рассказал случай с игроком в гольф. Под гипнозом этому игроку была дана инструкция жить только настоящим моментом и концентрировать все свое внимание на одном ударе. В следующий раз, когда этот человек играл в гольф, он думал только о том ударе, которой наносил в данный момент. На шестнадцатой лунке он показал лучшую игру за все время его занятий гольфом, при этом не осознавая, каков счет или сколько лунок он прошел. Он осознавал только настоящий момент, а не ситуацию в целом.

Психопатология в терминах классификационных систем

Основной характеристикой людей является то, что мы — классифицирующие животные. Похоже, мы и правда не можем не классифицировать. Мы должны выдвигать гипотезы и присваивать категории всему, что происходит и не происходит. Эксперименты по социальной психологии и современные исследования мозга (Gazzanaga, 1985) свидетельствуют о том, что мы постоянно выдвигаем гипотезы — возможно, для этих целей предназначен некий узелок в мозгу. Так как мы должны классифицировать, природа классификационных систем оказывает на нас несомненное влияние. Несколько важных факторов относительно классификаций значимы и для психотерапии.

Когда мы создаем один класс, то автоматически создаем и другие классы. Если мы создаем класс “хорошее”, мы одновременно формируем класс “плохое”, а также классы “не очень плохое” и “не очень хорошее”. Если есть что-то “высокое”, что-то должно быть “низким”. В самой природе классификации заложена невозможность иметь облик, не имея при этом фона, на котором можно выделяться, с а фактически много фонов или классов. Таким образом, человек, разрабатывающий некий класс, создает, даже помимо своего желания, и противоположный ему класс — так же, как, стремясь к счастью, мы одновременно создаем несчастье. Лао-Цзы говорил об этом так: “Когда все видят в хорошем хорошее, зло уже существует. Ибо быть и не быть появляются вместе”.

Другим следствием классификационной системы является неизбежность порождения парадоксов. Это случается, когда класс единиц вступает в конфликт с единицей класса. Если человек говорит: “Не подчиняйся мне” — тот, кому говорят, не может классифицировать эти слова как приказ подчиняться или не подчиняться. Не подчинишься, значит выполнишь приказ. Чтобы подчиниться, необходимо не подчиниться. Люди постоянно сталкиваются с подобного рода парадоксами, ибо они порождены самой природой классификационных систем (Whitehead and

Russel, 1910). Проблема классификации известна еще со времен Эпименода, который сказал: “Если человек говорит, что лжет, говорит ли он при этом правду?” Другой аспект был выделен Корзыбским и общими семантиками. Как только что-то расклассифицировано, мы начинаем реагировать на все единицы данного класса как на идентичные, даже когда они таковыми не являются. Человек с фобией реагирует на каждую фобическую ситуацию как на идентичную другим фоби- ческим ситуациям. Как любил говорить Корзыбский: “Корова один не есть корова два” (Korzybsky, 1941).

Изменить человека — значит изменить его систему классификации. Людям трудно измениться самостоятельно, потому что они мыслят в рамках системы, которую хотят изменить. Задача вызвать изменение стоит и перед терапевтами, и перед мастерами дзэн. Например, человек, который хочет избавиться от чрезмерной поглощенности определенными мыслями или действиями, старается не думать о них. Эти попытки не думать, избегать определенных мыслей, формирует класс единиц, о которых человек должен думать, для того чтобы не думать о них. Поставьте себе задачу не думать о слоне! Человек, стремящийся освободиться и действовать более независимо, может попробовать достичь этого целенаправленно, стараясь быть спонтанным. Тем не менее человек, старающийся быть спонтанным, неминуемо потерпит поражение, так как спонтанное поведение — это класс, который не включает в себя понятие “стараться”. Это похоже на попытку создавать свободные ассоциации, когда человеку дают указание и ассоциации автоматически становятся не “свободными”, а “намеренными”. Аналогично, если человек старается быть расслабленным, это похоже на старание стараться, так как расслабленность — это форма поведения, не требующего старания. Чем больше кто-то старается быть расслабленным, тем менее расслабленным он становится. Другой аспект проблемы — если кто-то старается изменить себя, когда необходимо изменить сам способ классификации, каждая попытка изменения активизирует базу классификации и тем самым препятствует изменению. Подобно самокорректирующейся системе в теории систем, попытка измениться активизирует регуляторы, препятствующие изменению.

И в терапии, и в дзэн-буддизме неизбежно возникает следующая проблема: как изменить человека, если это значит изменить то, как человек классифицирует помощника, пытающегося изменить именно эту классификацию. Обращаясь за помощью, клиент классифицирует отношения между собой и

терапевтом как неравные. Целью терапии является достижение состояния, в котором клиент определяется как равный терапевту и не нуждающийся в помощи. Клиент должен стать ровней, а не просителем с протянутой рукой. Однако как может терапевт установить с клиентом равноправные отношения, когда любые помощь, руководство, объяснения действий клиента или директивы определяют отношения как неравные, а клиента — как нуждающегося и получающего помощь? Любые действия, предназначенные помочь человеку измениться, определяют отношения как неизменные. Терапевт или мастер дзэн должен вызвать в человеке "спонтанное" изменение и тем самым избежать установления "помогающих" взаимоотношений. Этот парадокс — основной и в дзэн-буддизме, и в психотерапии. Одно из его решений раскрывается в рассказе об ученике, который пытался снова и снова ответить на коан мастера дзэн и каждый раз слышал, что ответ неверен. В конце концов, он просто сел рядом с учителем. Именно это и было ответом, потому что он повел себя как равный.

Многие рассказы дзэн иллюстрируют проблему изменения классификации. Репс приводит такой тонкий пример:

Когда Нинакава умирал, к нему пришел дзэн-мастер Ик-ю.

— Проводить тебя? — предложил Ик-ю.

Нинакава ответил:

— Я пришел сюда один и уйду один. Чем ты можешь помочь мне?

Ик-ю сказал:

— Если ты думаешь, что действительно приходишь и уходишь, это твоя иллюзия. Позволь мне показать тебе тропу, по которой никто не приходит и никто не уходит.

Этими словами Ик-ю показал тропу так ясно, что Ни-накава улыбнулся и умер.

Теория систем и дзэн-буддизм

В пятидесятые годы кибернетическая революция оказала влияние на психотерапию, сформулировав теорию самокорректирующихся систем. Эриксон участвовал в первой конференции по этой проблеме (в конце сороковых) и был знаком с теорией систем. Связь теории систем и дзэн-буддизма открывается в основной предпосылке дзэн о колесе жизни, в которое люди попадают как в ловушку и вынуждены совершать поступки, приносящие страдания. Чем сильнее человек старается убежать от судьбы, тем глубже увязает в ней, потому что попытка изменить приводит к укреплению системы. Одна из целей дзэн-буддизма

— освобождение человека от повторяющейся системы,

чтобы могло возникнуть новое, спонтанное поведение. Очевидно, что это также и основная цель психотерапии. Дзэн-буддизм говорит, что попытка изменить или помочь вызывает в ответ реакцию, блокирующую изменение или помощь. Очевидно, что это полностью совпадает с основной предпосылкой теории кибернетической самокорректирующейся системы. Так как любой элемент движется к изменению в параметрах системы, в системе возникает реакция, предотвращающая изменение. Как вызвать изменение, не активизируя при этом силы, препятствующие изменению, — это парадокс как дзэн-буддизма, так и психотерапии. Требуется воистину талант фокусника, чтобы освободить человека от противодействия изменениям. К примеру, как подчиняться учителю, который требует думать независимо и не подчиняться учителям?

Из-за неизбежно возникающего оттенка трюкачества и мастера дзэн, и Эриксон обвиняются в слишком сильной нацеленности на личную силу и манипулирование. В обеих ситуациях учитель просто должен обладать властью над людьми и умением влиять на них. В качестве примера Эриксон любил описывать, как кто-нибудь из аудитории, присутствующий на демонстрации, вызывался доказать, что его-то Эриксон не сможет загипнотизировать. Эриксон обращал внимание на то, что вызвавшийся не сможет отказаться сделать то, что он потребует. Если человек продолжал настаивать на своей независимости, Эриксон просил его пройти по правому проходу и сесть рядом, с левой стороны. Человек демонстративно проходил по левому проходу и садился с правой стороны. Эриксон продолжал вводить человека в транс, предполагая, что это именно то, чего тот желает (из личной беседы с Хейли).

Следующий рассказ дзэн нельзя читать, не вспоминая Эриксона (Репс, стр. 8):

Беседы мастера Банкей посещали не только ученики, но и люди всех рангов и сект... Это очень раздражало одного священника секты Нинчерен, потому что его прихожане тоже ходили на беседы мастера. Эгоистичный священник пришел в храм с твердым намерением посрамить мастера Банкей.

— Эй, учитель дзэн, — крикнул он, — прервись на минутку. Тебя слушаются те, кто уважают тебя, но такой человек, как я, не испытывает к тебе почтения. Сможешь ли ты заставить меня подчиняться?

— Подойди ко мне и я покажу тебе, — сказал Банкей.

Гордо подняв голову, священник протиснулся сквозь толпу к учителю.

Банкей улыбнулся:

— Сядь слева от меня.

Священник повиновался.

— Нет, — сказал Банкей, — нам будет легче говорить, если ты сядешь справа. Сядь сюда.

Священник с гордым видом пересел.

— Видишь, — сказал Банкей, — ты подчиняешься мне, и я думаю, что ты очень мягкий человек. А сейчас садись и слушай.

Проблема помощи человеку, ищущему помощи, или человеку, стремящемуся к просветлению, состоит в том, чтобы помочь ему перестать быть человеком, ищущим помощи. Я вспоминаю, как Уоттс рассказывал историю о дзэн-мастере, который желал объяснить студентам, что не может просветить их, обучая чему-то новому. Все знания, которые им требовались для достижения просветления, уже были внутри них, поэтому он мог лишь помочь им обнаружить то, что они давно знали. Он сказал ученику: “Ты уже знаешь все, чему я могу научить тебя”. Ученик решил, что перед ним мудрый учитель, избегающий, вероятно, по педагогическим соображениям, каких-то очень значимых истин. Ученик не смог отказаться от представления о себе как ученике, хотя это-то и было целью их взаимоотношений.

Дзэн-буддизм, Эриксон и самонаблюдение

50-х годах я начал искать параллели между дзэн-буддизмом, теорией систем и эриксоновской терапией. Эти поиски были направлены на создание языка описания человеческих проблем и идеологии терапии, способной стать альтернативой психодинамической теории и практике. Терапия будущего, рисовавшаяся мне, отличалась и от созданной позднее теории обучения. Среди всех прочих претензий к психодинамической теории одна была особенно веской — создавалось сообщество людей, проводящих свои жизни в постоянном самонаблюдении и самообъяс- нении. Постоянная озабоченность исследованием прошлого и выискиванием подсознательных конфликтов вела к крайним проявлениям самоосознания. Предполагалось, что самокопание освобождает людей от прошлого, однако реально этого не происходило. После нескольких лет посещения психотерапевта у человека вырабатывалась привычка к самонаблюдению. Даже занимаясь сексом, человек размышлял, а почему же ему или ей нравятся половые сношения.

Милтон Эриксон — продолжатель традиции, считающей бессознательное позитивной силой. Не надо сознательно следить за своим подсознанием, пусть оно само руководит нашими поступками. Сороконожке не стоит пытаться сознательно координировать свои сорок ног. Целью Эриксона было научить людей реагировать на свои импульсы в настоящем, не заботясь о

том, как это происходит. Точно так же, основная цель дзэн — просто жить, а не заботиться о том, как ты живешь. Иными словами, цель — это излечение от самонаблюдения. Не зря говорится: “Когда ты действительно делаешь что-то, тебя там нет”. В качестве примера приведем историю (Репс, с.18):

Однажды Танзан и Экидо шагали вместе по грязной дороге. Шел сильный дождь. Подойдя к перекрестку, они увидели красивую девушку в шелковом кимоно и шарфе, которая не могла перейти через дорогу.

— Давай-ка сюда, девушка, — сказал тотчас же Тан- зан. Он поднял ее на руки и перенес через грязь.

Экидо молчал, пока они не достигли храма, где должны были переночевать. И тогда он не смог больше сдерживать слова, рвущиеся наружу:

— Мы, монахи, не должны даже приближаться к женщинам, особенно к молодым и красивым, — сказал он Танзану, — это опасно. Почему ты сделал это?

— Я оставил девушку там, — ответил Танзан. — А ты все еще несешь ее?

Цель терапии — изменить действия человека или изменить его методы классификации действий и мыслей на плохие или хорошие, болезненные или приятные, полезные или ненужные и т.д. Рациональным советом обычно такую проблему не решить. Изменение должно возникнуть во время действия, как утверждает дзэн-буддизм. Вот один из способов: мастер дает человеку некое поручение, и решение проблемы составляет часть выполнения данного поручения. В результате обучение дзэн часто выглядит как совместная деятельность мастера и ученика в каком-то виде искусства. Учеба может осуществляться через стрельбу из лука, фехтование или чайную церемонию. Есть задача, и ученик объединяется с мастером в ее выполнении. Совместная деятельность приводит к тому, что мастер скорее направляет то, что происходит, чем размышляет вместе с учеником.

Например, один из способов обучиться дзэн — пойти в ученики к мастеру фехтования. Ученику дали задание мыть полы в доме мастера. Когда ученик подметал пол, мастер неожиданно ударил его метлой из-за угла. Удары сыпались снова и снова. Как ни пытался ученик отгадать, откуда последует очередной удар, и приготовиться к защите, метла мастера достигала своей цели. В какой-то момент ученик понял, что он будет готов к ударам с любой, самой неожиданной стороны, если не будет готовиться к удару ни с какого определенного направления. Поняв это, он смог получить в руки меч. Свой путь к просветлению он начал в контексте взаимодействия между собой и учителем. Мастера дзэн

гордятся тем, что готовы реагировать на все и отовсюду. Уоттс рассказал мне об одном дзэн-буддисте, который спросил другого: “Что ты знаешь о дзэн?” — и тот, другой, немедленно бросил веер ему в лицо. Но спросивший наклонил голову ровно настолько, чтобы веер пролетел, не задев лица, и рассмеялся. (Однажды Уоттс пришел ко мне в гости, и моя жена спросила его: “Что такое дзэн?” В этот момент в руках Уоттса был спичечный коробок, который он и бросил в нее. Не знаю, достигла ли она просветления, но рассердилась точно.)

Столь активное вовлечение и мастера, и ученика в выполнение задания резко отличается от традиционной психодинамической недирективной терапии. Когда я занимался поисками терапии, отвечающей идеям дзэн-буддизма, я обнаружил, что директивная терапия Эриксона подразумевает точно такое же взаимодействие между терапевтом и клиентом, как взаимодействие мастера дзэн и его ученика.

Как пример приведу следующий случай из его практики. Мать привела своего пятидесятилетнего сына к Эриксону, жалуясь на то, что сын ничего не делает и постоянно теребит ее, не давая ей ни минуты покоя, даже не дает просто почитать книгу в одиночестве. Эриксон сказал, что сыну требуется физическая нагрузка, и предложил матери вывезти сына на автомобиле в пустыню, высадить его из машины, затем проехать одну милю, остановиться и читать себе спокойно книгу, включив кондиционер, пока сын по жаре будет пешком ее догонять. У сына не будет другого выбора — только пешком и вперед. Матери задание очень понравилось, чего нельзя сказать о сыне. После нескольких пеших прогулок по пустыне, сын спросил у Эриксона, не мог бы тот разрешить ему делать другие физические упражнения, когда мать читает. Сын предложил в качестве адекватной замены ходьбе игру в кегельбане, и Эриксон согласился. Эриксон объяснил, что то, как сын использовал классификацию, было вычислено заранее: сын мог отказаться от прогулок по пустыне, но когда он протестовал и хотел чего-то другого, он оставался в рамках категории “физические упражнения” и просто заменил один тип упражнений на другой. Эта история — типичный пример того, как Эриксон вступал с клиентом в отношения действия, точно так же, как это происходит в дзэн-буддизме.

Традиционная терапия была основана на теории психопатологии. Симптомы, мысли и характер классифицировались в соответствии с диагностической системой, которая использовалась клиницистами и отличала их от остальных людей. Маленькая девочка, которая не хотела есть, тут

же классифицировалась как случай анорексии, а не как девочка, отказывающаяся от еды. Язык психопатологии отделял клиницистов от тех, кто рассматривал человеческие проблемы как проблемы, возникающие в процессе жизни. Директивный терапевт склонен видеть в проблемах временное отклонение от нормальной жизни, причем это отклонение должно быть выправлено. Например, когда я изучал различного типа семьи, мне необходимо было выбрать в качестве образца нормы какую-нибудь семью. Я обнаружил, что не могу использовать позицию клиницистов для выбора нормальной семьи, так как с их точки зрения ни одна семья таковой не является. Они в любой семье видели какую-нибудь психопатологию. Эриксон же смещал акцент с патологических состояний на жизненные проблемы. Вместо того чтобы вешать на ребенка ярлык "школьная фобия", он говорил, что ребенок избегает школу, и боролся именно с этой проблемой. Он не диагностировал у женщины агорафобию — он называл ее человеком, который может выйти из дома лишь при особых обстоятельствах.

Одной из трудностей в нахождении соответствий между дзэн-буддизмом и психотерапией является то, что в дзэн нет понятия психопатологии. Есть только проблемы на пути к просветлению. Особенно важно, что дзэн-буддизм предлагает такой способ классификации и игнорирования человеческих проблем, который клиницисты, возможно, расценили бы как серьезную психопатологию. В дзэн галлюцинации, фантазии и иллюзорные ощущения называются "макйо". Об этом говорится так (Капло, 1989, с.41): "Макйо — это явления — видения, галлюцинации, фантазии, откровения, иллюзорные ощущения, — которым подвержен практикующий дза-дзэн на определенном этапе своего сидения... Эти явления сами по себе не плохи. Они становятся серьезным препятствием для занятий дзэн только тогда, когда человек не осведомлен об их истинной сущности и попадает в их ловушку". Согласно дальнейшему описанию, галлюцинации, зрительные или слуховые, — это обычные вербальные или слуховые ощущения. "Человек может чувствовать, что он тонет или плывет или может попеременно чувствовать себя то расплывающимся, то резко собранным... Неожиданно могут приходить яркие озарения... Все эти аномальные видения и ощущения есть просто симптомы повреждения, возникающего в результате рассогласования работы мозга и дыхания". Автор добавляет: "Другие религии и секты хранят и лелеют случаи, когда люди видели Бога или божества или слышали небесные голоса, или совершали чудеса, или получали божественные послания, или достигали очищения с помощью различных

обрядов и препаратов... С точки зрения дзэн-буддизма, все это — ненормальные состояния, лишенные истинной религиозной важности и поэтому просто макйо... Увидеть Будду не значит стать хоть на шаг ближе к перевоплощению в Будду, точно так же, как увидеть сон о том, что ты стал миллионером, вовсе не значит, что, проснувшись, ты станешь хоть на грош богаче".

Явления, которые могут привести к диагнозу психопатологии, с точки зрения дзэн-буддизма являются продуктом конкретной ситуации и изменятся, когда изменится ситуация. Это мнение разделяют и сторонники стратегического подхода к психотерапии: такие явления — это реакция на ситуацию, а не присущий человеку дефект или хроническое заболевание.

Изменение в дзэн-буддизме

Стратегический подход к психотерапии не обладает единым методом, применимым к любой проблеме. Каждый случай считается уникальным и требует особой интервенции. Точно так же и в дзэн-буддизме нет метода, который используется для просветления каждого приходящего. Существуют стандартные процедуры, такие как медитация, но предполагается, что для достижения просветления должна быть проведена уникальная интервенция. В стратегическом подходе к психотерапии тоже может существовать стандартная схема опроса клиента, но директива должна отвечать данной конкретной ситуации. В дзэн-буддизме обучение и осознание не считаются путем к просветлению. Никого не учат жить и не дают инструкций, как общаться с другими. К тому же ни стратегическая терапия, ни дзэн-буддизм не основаны на теории вытеснения. И потому ни инсайт не считается необходимым для изменения, ни выражение эмоций — целью. Напротив, предполагается, что выражение эмоций приводит к их усилению.

В дзэн-буддизме изменение считается внезапным и окончательным событием, а не постепенным накапливанием необходимых элементов, как в процессе изучения какого-нибудь предмета. Подобно этому, в стратегической терапии клиент не учится поведению в той или иной ситуации или умению быть родителем и супругом. И в дзэн ученик не учится просветлению, а внезапно осознает, что для достижения цели должен отказаться от любых теорий. Считается, что, когда с помощью интервенции ситуация изменится, поведение изменится и без ритуального обучения.

Одна из характеристик эриксоновской терапии — использование образов. Часто Эриксон заставлял клиента представить сцену из прошлого или настоящего и использовал ее для внушения транса. Такая практика, кажется, не имеет ничего

общего с дзэн, с его сосредоточенностью на реальности. Однако почитаем притчу о борце по имени Большие Волны, который был чемпионом в тренировочных боях, но из-за своей застенчивости всегда проигрывал в публичных поединках. Он обратился за помощью к мастеру дзэн (Репс, стр. 11):

“Тебя зовут Большие Волны, — сказал учитель, — поэтому оставайся в храме на ночь. Представь, что ты и вправду большие волны. Ты больше не борец, которому страшно. Ты — громадные волны, сметающие и поглощающие все на своем пути. Представь себе это, и ты станешь величайшим борцом на земле”. Юноша так и сделал, и “перед рассветом храм стал лишь отливом и приливом необъятного моря”. Утром мастер сказал ему: “Ты и есть эти могучие прибрежные волны. Перед тобой нет преград”. И с этого момента ему не было равных в борьбе.

Хочется подчеркнуть еще одно сходство эриксоновской терапии и дзэн-буддизма. Веками мастера дзэн рассказывали истории, чтобы показать путь к просветлению. Эриксон также рассказывал истории, чтобы передать свое видение способов изменения людей. В обоих случаях обучение осуществлялось через аналогии и метафоры. Например, Эриксон любил рассказывать о событии, случившемся, когда ему было семнадцать лет. Он был полностью парализован, и врач сказал, что жить ему осталось лишь до утра. Эриксон попросил маму поставить перед ним зеркало, чтобы он мог видеть небо. Он хотел насладиться последним рассветом своей жизни.

Как это похоже на притчу, рассказанную Буддой (Репс, стр. 22):

Человек, шедший через поле, столкнулся с тигром. Он побежал, тигр — за ним. Подбежав к пропасти, человек ухватился за лозу дикого винограда и повис на краю. Сверху сидел тигр, кровожадно принюхиваясь. Весь дрожа, человек посмотрел вниз: на дне пропасти его ждал другой тигр. Только слабая лоза удерживала беднягу между двумя хищниками.

Две мыши, белая и черная, начали потихоньку подгрызать корень винограда. Вдруг совсем рядом человек увидел кустик ароматной земляники. Одной рукой держась за лозу, другой он сорвал ягоду. Какой сладкой была земляника!

Когда мы сравниваем дзэн-буддизм с психотерапией, можно вспомнить и такие примеры, где параллели провести трудно. Возьмем метафору дзэн о пальце Гутея (Репс, стр. 92):

Гутей поднимал палец вверх каждый раз, когда его спрашивали о дзэн. Мальчик-слуга начал подражать ему. Когда кто-нибудь спрашивал его, что проповедует его хозяин, мальчик поднимал палец.

Гутей узнал о проказах слуги. Он схватил его и отрубил ему палец. Мальчик закричал и бросился прочь. Гутей позвал его. Когда мальчик остановился и обернулся, Гу- тей поднял свой палец. И в это мгновение мальчик достиг просветления.

Трудно найти случай в психотерапии, схожий с болезненным отсечением пальца. Особенно трудно в наше время судебных преследований. Если такой пример и есть, то это, очевидно, будет пример из практики Милтона Эриксона. Мне вспоминается один классический случай. Мать пришла к Эриксону и рассказала, что ее дочь-подросток перестала выходить из дому. Она не ходила в школу и не встречалась с друзьями, так как решила, что ее ступни слишком велики. Девочка отказалась прийти к нему на прием, поэтому Эриксон сам отправился к ним домой под предлогом болезни матери и необходимости осмотреть ее на дому. Придя к ним, он убедился, что размер ноги у девочки нормальный. Эриксон осмотрел мать, попросив дочь помочь ему подержать полотенце, при этом направляя ее так, что она все время стояла рядом с ним. Внезапно Эриксон шагнул назад и изо всех сил наступил девочке на ногу. Она закричала от боли. Эриксон резко повернулся и сердито проговорил: “Отрастила бы лучше эти свои штуковины, чтобы их хоть заметить можно было, я бы так не оплошал”. В тот же день девочка отправилась в гости к друзьям, а на следующий день пошла в школу. Без сомнения, она достигла просветления.

В этом случае, как и в предыдущем примере из дзэн, отражено предположение, что неожиданное вмешательство приводит к изменению, что причинить боль иногда необходимо для проведения интервенции и для этого не требуются ни образовательные, ни познавательные, ни рациональные дискуссии.

С данным примером связана и процедура тяжелого испытания, являющегося, как правило, и частью работы Эриксона, и частью обучения дзэн. Путь к просветлению часто сопряжен с болью, с тяжелым испытанием — иногда данным мастером, а иногда и наложенным на себя самим учеником, например, испытание голодом и холодом.

Помимо сходства между стратегическим подходом к терапии и дзэн, есть, конечно, и множество различий.

Во-первых, дзэн чаще всего — это долгие годы занятий. Стратегическая терапия короче. Во-вторых, терапевты получают вознаграждение за работу. Трудно встретить терапевта в желтой хламиде, с чашкой для милостыни в руке. Они нашли компромисс между финансовым успехом и призванием. В терапии нет упора на медитации, основными инструментами в ней

являются беседа и задание. Еще одно отличие — стратегическая терапия выросла из гипноза, и поэтому часто использует для своих целей транс. В дзэн же, если ученик, медитируя, входит в транс, его ждет удар палкой, так как транс не является целью его взаимодействия с учителем. Но нужно заметить, что Эриксон тоже не поощрял медитативный транс, напротив, он побуждал клиента активно взаимодействовать с собой.

В дзэн нет семейного подхода. Как правило, монахи живут все вместе, без семей. Интервенции мастеров не меняют семьи с целью изменить человека. Достигнув просветления, монах может жениться и жить в семье, но вмешательство в семью не является задачей дзэн.

Важное сходство — это использование юмора в дзэн и психотерапии. Многие истории дзэн весьма остроумны, и эриксоновский подход отличался тонким юмором и шутками. Юмор сближает коаны дзэн с загадками Эриксона. Оба метода направлены на то, чтобы помочь ученику изменить свой способ восприятия и избавиться от излишней жесткости и интеллектуализма. Работая с клиентом, не верящим в возможность изменений, Эриксон загадывал ему загадку, казавшуюся неразрешимой. Когда клиент отказывался от попыток найти ответ, Эриксон показывал решение — очевидное и простое. Одна из его любимых загадок: как нарисовать десять деревьев по четыре дерева в каждом ряду (причем рядов должно быть пять), не отрывая при этом ручки от бумаги. Когда клиент после нескольких попыток называл задачу нерешаемой, Эриксон показывал, насколько элементарным может быть ответ, если отказаться от жестких и стереотипных способов классификации.

Так же и, очевидно, с той же целью мастера дзэн строили основную часть своей работы вокруг коанов и неразрешимых загадок. Например: “Как звучит хлопок одной ладонью?” Или другой пример, побуждающий к действию, а не к расслабленному размышлению: мастер кладет конец палки на голову ученика и говорит: “Если ты скажешь, что эта палка реальна, я ударю тебя. Если ты скажешь, что она нереальна, я ударю тебя. Если ты ничего не скажешь, я ударю тебя”. Ученик должен найти решение этого коана, иначе окажется побитым. После таких примеров поневоле задумаешься, не создан ли дзэн преимущественно для того, чтобы излечить молодых японских интеллектуалов от самокопания и рационализма.

Возможно, ближе всего дзэн и стратегическая терапия в стремлении использовать абсурд для изменения логических классификационных систем. Причем используются не только абсурдные загадки и коаны, но и абсурдные действия. Особенно

рациональным и склонным к логическим построениям клиентам Эриксон давал абсурдные задания. Например, одному чересчур рациональному интеллектуалу он поручил проехать ровно 7,3 мили по пустыне, остановиться, выйти из машины и понять, почему он там находится. Я повторял этот прием с чрезмерно увлекающимися логикой учеными, посылая их пройти определенное расстояние по горной дороге и понять, почему они пришли в эту точку. Возвращались они изменившимися. Вероятно, этой же цели служило известное задание Эриксона взобраться на Пик Скво. Следует отметить, что, когда Эриксон отправлял клиентов в пустыню, они всегда отправлялись туда и всегда находили этому объяснение. Назад они возвращались другими — менее рациональными и менее логичными, но, возможно, более одухотворенными.

Заключение

Итак, какие процедуры дзэн уместны в психотерапии? В дзэн просветление достигается через взаимоотношения с мастером, который убежден, что изменение может произойти внезапно и бесповоротно; который объединяется с учеником для выполнения задания и направляет его или ее; который стремится уйти от интеллектуального объяснения жизни или наблюдения за личным поведением; который задает неразрешимые загадки и требует их решить; который подходит к каждому ученику как к единственному и неповторимому; который ведет себя каждый раз по-разному и владеет множеством приемов, включая умение быть абсурдным; который основное внимание уделяет настоящему, а не прошлому; который решает проблему системно, изменяя то, что предотвращает изменение; и, наконец, который из добрых побуждений использует тяжелые испытания. Все перечисленное характерно и для терапевта, исповедующего стратегический подход.

Рассматривая проблему изменения человека более широко, мы поймем, что практики дзэн и психотерапевты могут многое предложить друг другу. Конечно, дзэн возник на несколько столетий раньше. Тем не менее психотерапия, даже будучи младенцем по сравнению с дзэн, за последнее время разработала много новых методов и приемов. И становится понятно, что Милтон Эриксон был не просто уникальным терапевтом — он работал в рамках вековой традиции мастеров, посылающих людей в пустыню открывать новые пути духовного бытия.

Литература

Gazzanaga, M.S. (1985) *The social brain,* New York: Basic Books.
Haley, J. (1986) *Uncommon therapy,* New York: Norton.
Kapleau, P. (1989) *The three pillars of Zen,* New York: Doubleday.

Reps, P.S. (undated) *Zen flesh, Zen bones,* New York: Doubleday.

Korzybski, A. (1941) *Science and sanity* (2nd ed.) New York: The Science Press.

Watts, A. (1961) *Psychotherapy East and West,* New York: Random House.

Whitehead, A.N. and Russel, B. (1910-1913) *Principia mathematica,* (3 vols.), Cambridge, England: Cambridge University Press.

8. Гипнотическая демонстрация Эриксона, 1964 (1993)

Ниже представлен текст доклада, посвященного гипнотической демонстрации, проведенной Милтоном Г. Эриксоном в 1964 году. На встрече врачей он гипнотизировал группу добровольцев, и эта работа стала одной из немногих его демонстраций, снятых на пленку. В 1972 году фильм был показан Эриксону с просьбой прокомментировать его. В данную статью включены полная запись демонстрации, комментарии Эриксона и мои заметки. Основное внимание уделено гипнозу, анализируемому с точки зрения коммуникации.

В течение многих лет Милтон Г. Эриксон проводил гипнотические демонстрации на семинарах и встречах врачей. От этих показов сохранились лишь разрозненные аудиозаписи, а съемка в те далекие годы, когда Эриксон был в расцвете сил, велась еще реже. В то время не существовало видеозаписи, а 16-миллиметровая кинопленка была дорога. Без киносъемки не было возможности для тщательного анализа визуальной и звуковой стороны его гипнотической работы.

В 1964 году, на встрече Американского общества клинического гипноза в Филадельфии, Эриксон провел гипнотическую демонстрацию для медиков. Она была снята на кинескоп (предшественник видеокамеры), и позднее запись была переведена на 16-миллиметровую пленку. Качество звука и изображения довольно низкое, кое-какие куски вырезаны при монтаже. Эриксон дал мне копию этого фильма, и долгое время я использовал ее при обучении эриксоновскому подходу к гипнозу. Так как у меня имелось множество вопросов о том, что он делал на данной демонстрации, в 1972 году я захватил фильм в Феникс и показал его Эриксону, попросив объяснить, почему он делал то, что тогда делал.

Мой собственный интерес заключался в том, чтобы понять гипнотический процесс в терминах коммуникации, и этот фильм давал возможность одновременно и видеть, и слышать то, что говорит Эриксон, и то, как реагирует гипнотизируемый. Например, когда он велит гипнотизируемой проснуться, а она в недоумевает, почему ее рука продолжает висеть в воздухе, — я тоже в недоумении. Требуется очень внимательно изучить фильм, чтобы построить гипотезу о том, что же сказал Эриксон, когда он вроде бы вывел ее из состояния транса, а на самом деле нет. Очевидно, коммуникативный взаимообмен во время гипноза

настолько сложен и запутан, что требует многократного изучения, и только при наличии записи это становится возможным.

В данной статье я предлагаю вашему вниманию запись самого фильма, а также мое обсуждение с Эриксоном. Я также добавил собственные соображения по поводу того, что Эриксон делал и говорил. Это может показаться самонадеянным, особенно когда мое мнение отличается от мнения Эриксона, но мне кажется, это оправдано. С тех пор, как я впервые посетил семинар Эриксона, прошло уже двадцать лет, я провел сотни часов с ним, обсуждая гипноз и психотерапию. Таким образом, я познакомился с большинством его идей из первых рук. Кроме того, я провел множество исследовательских интервью с терапевтами и обнаружил, что порой читатель этих интервью видит их работу совершенно в иной перспективе.

Еще одна причина, по которой я добавил свои комментарии, состоит в том, что Эриксон во время демонстрации был болен и поэтому помнил не все. По мере обсуждения он, казалось, вспоминал все больше и больше. Разные точки зрения оформлены в тексте разными шрифтами. В моих комментариях иногда будет объясняться то, что опытному гипнотизеру, возможно, покажется элементарным, но поможет остальным читателям понять, что происходит. Комментируя фильм, Эриксон говорит как специалист. Помимо всего прочего, этот текст представляет собой запись одной из его демонстраций трансовой индукции, которая отличается от тех, что выполнялись Эриксоном позднее, на обучающих семинарах у него дома.

Несколько отклоняясь от темы, позвольте мне затронуть проблему, всегда возникавшую при интервьюировании Эриксона. Разговаривая, он как бы объединялся с собеседником и подлаживался к контексту и его личности. За все годы, что я и Джон Уикленд провели, разговаривая с Эриксоном о терапии и гипнозе, мы выработали наилучший, с нашей точки зрения, способ узнавать его мнение по тому или иному вопросу. Конечно, иногда мы высказывали свою точку зрения, но когда желали узнать, как рассматривает ситуацию Эриксон, мы очень внимательно следили за тем, чтобы не высказаться первыми. Если мы спрашивали, сделал ли он то или это в соответствии с такой-то теорией, он чаще всего отвечал утвердительно. Например, если Эриксон рекомендовал родителям сделать то-то и то-то и мы спрашивали, связано ли это задание с теорией обусловливания, то Эриксон начинал обсуждать с нами ситуацию в терминах теории обусловливания. А если мы просто спрашивали, почему он дал такое задание, или же хранили молчание и ожидали от него

объяснений, он предлагал нам совершенно иное и часто уникальное объяснение. Вот почему в моей беседе с доктором Эриксоном есть долгие паузы. Я не спешил высказывать свое мнение, ожидая, чтобы он сделал это первым.

В записи вы заметите отражение данной проблемы. Я внимательно изучил фильм и выработал определенное мнение о том, что он делал во время индукции, однако не мог первым поделиться им, потому что тогда у Эриксона появлялась возможность присоединиться к моему мнению. Я был вынужден ждать, пока он предложит свое объяснение, а затем уже излагал собственную версию — чтобы узнать, что он думает по этому поводу. Чтобы интервьюировать Эриксона, как и любого, кто думает по-новому и пытается создать для этого новый язык, требовалось особое мастерство и способность к самоограничению.

В комнате, где демонстрировался фильм, находились: Эриксон, я, Маделэйн Ричпорт и Роберт Эриксон, который управлял кинопроектором. Обсуждение началось с небольшого вступительного слова Эриксона.

Эриксон: Этот фильм неполон. То тут, то там из него вырезаны куски. Там, где я, допустим, заставлял гипнотизируемого поднимать руку и опускать ее, и поднимать снова, и чередовать — то правую, то левую, они могли оставить только правую руку, могли удалить часть чередования правой и левой. Опущены некоторые замечания. Некоторые из них я могу припомнить, частично. Другая важная вещь — я тогда был очень болен. Только двое на этой встрече считали, что я могу работать. Все говорили, что я не могу работать. Но Равитц и Яновский заявили: если Эриксон сказал, что он сможет делать это, значит, сможет. Обо всей ситуации у меня остались крайне скудные воспоминания: я пересекаю полуподвальную комнату в инвалидном кресле, я работаю с несколькими гипнотизируемыми, и озабоченное лицо Берты Роджерс. Она боялась, что я упаду с кресла навзничь. И ощущение, что вокруг масса отвлекающих звуков. И что доктор А. был страшно возмущен тем, что я включен в программу. Я помню, как меня вывозили из комнаты, и затем — я уже в такси, уезжаю из Филадельфии. Следующее воспоминание: я где-то на пути к Фениксу, возможно, на этой стороне Миссисипи. Так что все, что я вспомню о той демонстрации, будет также отрывисто, как и сам фильм. Кое-что я смогу рассказать. Когда я скажу “стоп!” — останавливай показ.

НАЧИНАЕТСЯ ФИЛЬМ

(Сцена. Слева — стол, за ним сидят четверо добровольцев и миссис Эриксон, которая позже продемонстрирует самогипноз. Они

ожидают своей очереди. Все добровольцы — женщины. Справа, в поле их зрения, сидит Эриксон, лицом к гипнотизируемой (в дальнейшем называемой субъектом) молодой женщине).

***Э.:* Скажите, приходилось ли вам раньше бывать в трансе?**

***Субъект № 1:* Нет.**

***Э.:* Видели ли вы, как в трансе был кто-то другой?**

***Субъект № 1:* Нет.**

***Э.:* Знаете ли вы, на что это похоже — входить в состояние гипнотического транса?**

***Субъект № 1:* Нет.**

Эриксон: Прежде чем эта девушка подошла, я осмотрел всех пятерых женщин, сидящих за столом. И ни одна из них не поняла, что я смотрю на каждую в отдельности. И затем — это не воспоминание, я просто знаю — я выбрал одну, которая сидела не с краю. Я выбрал ту, которая была то ли на третьем, то ли на втором месте. Они этого совершенно не ожидали. Она только села в кресло, как я сказал: "Привет". Сейчас на научных встречах, когда кто-нибудь находится на сцене, присутствует определенная доля самоосознания. Я сказал слово "привет". Я сказал его не только девушке, но и всей группе. "Привет". Затем я несколько раз его повторил. Они вырезали "Привет" в записи следующих субъектов. Вы не говорите "привет" кому-то перед серьезной аудиторией, вы говорите "привет" при очень личном общении. Вы ограничиваете область, в которой предстоит работать. Люди об этом не знают, но вы делаете ситуацию личной, говоря "Привет!" И это как бы изолирует субъекта от окружающей обстановки.

Хейли: Какая часть из того, что вы говорите девушке или аудитории, предназначалось и для остальных дам, сидящих на сцене?

Эриксон: Все, и затем были определенные повторения, чтобы другие девушки могли сказать: "Со мной этого не случится". Таким образом, вы вынуждены сделать так, чтобы это с ними случилось. Например, поднятие руки. И это дает им всем понимание того, что гипноз возможен. Не только для меня, но и для тебя, и для других.

Хейли: Ваша первая фраза была: "Приходилось ли вам раньше бывать в трансе?" Вы сказали это как предположение, что она в трансе сейчас?

(Часто Эриксон произносит фразы, содержащие двойной смысл или игру слов. Однажды он сказал мне, что когда спрашивает: "Ты раньше был в трансе ?" — то предполагает, что человек сейчас в трансе, но делает вид, что интересуется прошлым субъекта).

Эриксон: Нет. Я видел этих девушек впервые. Я делал

подобные замечания с таким эффектом, но этих людей я раньше не встречал. Я впервые увидел их, когда меня в коляске вкатили в комнату, смежную с залом. Они все на меня смотрели. Они все знали, что их будут демонстрировать и снимать на пленку, что они на виду у большой аудитории. Они также слышали водопроводчиков, колотящих по трубам, — звон был со всех сторон. И люди с телевидения. И они знали, что вокруг много людей, думающих о разном. И некоторые из этих мыслей были нежелательны для медсестер. (Скорее всего, все добровольцы были медсестрами.) Поэтому я должен был сделать ситуацию более личной. Я всех их спрашивал, были ли они раньше в трансе и тем самым подчеркивал, что хочу узнать, был ли кто- нибудь из них в трансе. Я хотел, чтобы они не стеснялись сказать мне об этом. Но я также хотел узнать, у кого из них уже был опыт, чтобы я смог работать побыстрее.

Э.: **Вы знали, что всю работу будете делать сами, а я просто сижу рядом и с удовольствием наблюдаю за вашей работой?**

Субъект № 1: **Нет, я не знала об этом.**

Э.: **Вы не знали об этом. Ну что ж, я и правда собираюсь с удовольствием наблюдать за вашей работой.**

Эриксон: "Я собираюсь с удовольствием наблюдать за вашей работой". Что на самом деле означает: вы будете работать, а я буду получать удовольствие. Это смещение, которое трудно уловить. И конечно же, вы не возражаете, если я с удовольствием понаблюдаю за вашей работой.

Э.: **А сейчас я вот что собираюсь сделать. Я собираюсь взять вашу руку и поднять ее. И она поднимется, вот так. (Эриксон поднимает ее руку.) И вы можете смотреть на нее. (Он отпускает руку, и она остается поднятой).**

Эриксон: Следите за движением моих рук. Вы поднимаете руку. Сначала вы оказываете ощутимое, но не чрезмерное давление на руку. Затем, продолжая поднимать руку, вы останавливаете подъем и вызываете ощущение направления. Начните поднимать руку и затем (показывает "поднимающее" касание), и это означает "поднимай выше". Но они не могут проанализировать этого, и затем вы можете плавным движением медленно убрать свою руку так, чтобы они даже не заметили, когда именно ваша рука потеряла контакт с их рукой. Возникает состояние неуверенности. И они не уверены: "К моей руке прикасаются или нет?" И это состояние замешательства позволяет вам сказать все, что вы хотите еще внушить. Потому что люди не знают, как справиться с этим вопросом. То ли вы держите ее, то ли нет, но когда вы даже не можете понять: "Держу я ее или не

держу?” — это продлевает время их реакции.

***Э.:* И закройте глаза, и глубоко, крепко засыпайте. Спите так глубоко, так крепко, так глубоко, так крепко, что сможете выдержать любую операцию, что с вами может произойти любое дозволенное событие.**

Эриксон: Как обычно, я говорю ей “спите так глубоко, так крепко”, а затем отворачиваюсь, и у аудитории создается впечатление, что я покинул субъекта, чтобы войти в контакт со зрителями, что я оставил ее в одиночестве. Это приводит их к мысли: “Она сама все делает”. А субъект — как позже упомянула Бетти, когда демонстрировала самогипноз — слышала даже мое дыхание. Слышал ли кто-нибудь в этой комнате чье-нибудь дыхание? Дышали многие и много, но никто этого не слышал. А Бетти слышала. И субъект слышала мое дыхание, и она знает, что мое дыхание доносится с другой стороны, когда я повернул голову. Звук дыхания изменился.

В технике левитации руки — “Ваша рука поднимается выше, и выше, и выше” — ваш голос тоже повышается. Он может быть той же тональности, но забирается все выше и выше, и вы строите предложение не только словами, но и голосом. И часто, если субъекту не удается отреагировать на левитацию руки, вы можете начать двигаться выше, и выше, и выше, и субъект может откликнуться на повышение вашего голоса. Аудитория об этом ничего не знает. Зрители обращают внимание только на слова. И затем, если левитация руки все же не удается субъекту, вы можете повысить тон своего голоса. Вы можете повышать его (демонстрирует, как повышается голос), и повышать, до преувеличения (характерное для него выражение). Сам я не могу делать это хорошо, но те, у кого есть музыкальный слух, делают это автоматически. Они не знают об этом, но если вы прислушаетесь к достаточно компетентному человеку, то заметите, как он меняет свой голос и повышает его тональность. Так что это феномен, доступный наблюдению. А для других он не заметен и даже пренебрегаем ими, так что у вас в запасе множество способов воздействия.

И когда вы как терапевт говорите своему пациенту: “Вы можете забыть обо всем этом” — что вы сделали? Вы говорите с пациентом. “Вы можете забыть обо всем этом”. (Он поворачивает голову). Вы говорите обо всех этих вещах, которые где-то там. О том, что уже не имеет отношения к пациенту. Вы убираете это. Люди так охотно реагируют на это. Фокусник отвлекает ваше внимание; он достает кролика из складок своей мантии и сует его в шляпу, пока вы наблюдаете за какими-то его несущественными движениями. Это техника перемещения — на голосовом уровне и

на словесном уровне. Никто этого не замечает, но подсознание замечает. (Здесь, несколько отклоняясь о темы, он обсуждает приучение детей к гигиене в терминах сознательного обучения делать это в ванной комнате).

Хейли: Вы делаете акцент на том, что это она выполняет всю работу. Что в ее поведении подтолкнуло вас к решению использовать этот прием?

(Часто гипнотизер, чтобы ободрить трудного субъекта, предлагает ему все делать самому. Предложение заключается в том, что именно субъект будет в ответе за происходящее, а гипнотизер будет лишь следовать за ним. Обычно это считается особым приемом, но есть гипнотизеры, принимающие этот прием за философию и рассматривающие гипноз как ситуацию, за которую отвечает субъект. Порой неверно понимаемые приемы становятся "школами". В данном случае я предположил, что, раскрепощая субъекта, он недирективно воздействовал на всю социальную ситуацию, добиваясь большей раскрепощенности и от других субъектов.)

Эриксон: Это делалось, чтобы другие субъекты не поняли, что, даже ожидая своей очереди, они реагируют на все, что я говорю первой девушке. И я направил их внимание на нее, на нее одну, чтобы они не заметили, что происходит с ними самими. Потому что, когда вы знаете, что вас скоро будут гипнотизировать, вы и настраиваетесь на определенную волну. Вы знакомы с доктором Б.? Когда я встретил ее в первый раз, вес ее был значительно ниже нормы; она была робкой, неуверенной и как будто чем-то напуганной. Она участвовала в семинаре. Я оглядел всю аудиторию и наметил доктора Б. как субъекта демонстрации. Я поставил на сцену шесть стульев, выбрал пять добровольцев, затем сказал: "Нужно, чтобы этот шестой стул тоже кто-нибудь занял. Может быть, вы?" Этот вопрос был задан доктору Б. Я сказал несколько слов первому субъекту и отпустил ее со сцены. На сцене осталось два пустых стула. Можно было видеть, как доктор Б. осознавала, что она будет субъектом. Процесс был медленным. На сцене осталось пятеро, затем четверо, затем трое, затем двое. Я отпустил четверых. (Неразборчивая фраза). Все те, кого я отпустил, сели сбоку от меня. Так что стало очевидно, кто сейчас будет субъектом. И доктор Б. оказалась очень внушаемым субъектом. Она не знала, что основной частью моей техники внушения было то, что я отпустил других субъектов. Люди не осознают таких вещей. А тамада и затейник осознают. Так работает фокусник. И все мы этому учимся.

Другой важный момент — вы различаете звуки. Младенец впервые слышит звук. Он не знает, откуда этот звук исходит. Но

постепенно вы учитесь различать звуки, идущие снизу, сверху, сбоку, спереди, сзади — отовсюду. Только вы не осознаете, что делаете это. Вы — в комнате, и что-то чувствуете, и смотрите вверх. Как вы поняли, что нужно смотреть туда, а не сюда? И вы видите, что другие делают то же самое. Определение местоположения звука очень важно, и, поворачиваясь во время работы, я использую это. Я уже упоминал, что был болен. И я очень внимательно следил за ситуацией. Поворачивался я медленно, рассчитанно, и голос мой перемещался по большой площади. Однако объяснить это той аудитории было трудно, потому что они не могли понять важности использованного приема. Но я знал, что это важно. Я знал, что очень болен и будет лучше, если я буду очень осторожен, направляя внимание пациента — и зрительное, и слуховое. Причем делая это преувеличенно подчеркнуто. Мое поведение было во многом нарочито подчеркнутое.

***Э.:* А сейчас я собираюсь вас удивить, но это нестрашно. (Эриксон берет ее за лодыжку и снимает ее ногу с ноги.) Я буду очень, очень осторожен.**

(Для гипнотизера настолько необычно прикасаться к лодыжке женщины, что это заслуживает отдельного комментария. Гипноз затрагивает один из наиболее важных вопросов человеческой жизни: в каких пределах я позволю другому иметь надо мной власть? В самой природе власти заложена угроза эксплуатации одного человека другим. Но власть привлекает и ощущением защиты и заботы со стороны другого человека. Эриксон в работе с гипнозом обыгрывал оба аспекта власти. Он ускользает от власти, говоря молодой женщине, что именно она будет проводить всю гипнотическую работу, в то время как он с удовольствием понаблюдает за этим. Затем он говорит, что собирается ее удивить, но будет осторожен. Перед этим он пообещал, что с ней может произойти лишь дозволенное. Комбинация угрозы (мужчина, прикасающийся к ее лодыжке) и защиты (когда он говорит, что будет осторожен). Сочетание защиты и угрозы усиливает любое взаимодействие. Обсуждая этот момент, Эриксон придерживается своей уникальной точки зрения.)

Эриксон: “Я буду очень, очень осторожен”. И как раз тогда, когда я касался ее ноги. В фильме этого не видно. “Я буду очень, очень осторожен”. Сразу же за “осторожен” следует мой контакт с ее ногой. Итак, кто же должен быть осторожен: я или она? Состояние замешательства играет мне на руку. Вы заметили, что она даже не успела понять: “Зачем он коснулся моей ноги?” Она вынуждена начать со слова “осторожен” и с доктора, а не со значения прикосновения.

Хейли: Почему Вы захотели передвинуть ее ногу?

Эриксон: Я хотел показать зрителям, что незнакомец перед лицом большой аудитории может взять женщину за ногу и вызвать каталепсию. И сделать это без предварительного обсуждения, легко и естественно. Потому что, обучая людей гипнозу, ты хочешь научить их тщательности, небрежности, не показывая им, насколько это случайно или неслучайно. Насколько это продуманно.

***Э.:* И вам удобно?**

Эриксон: "И вам удобно?" Да, очень удобно. Кивает утвердительно. Другие этого не понимают и не замечают. Но всю свою жизнь мы вынуждены реагировать на такие вещи, только не знаем об этом.

***Э.:* И вы можете снова кивнуть головой. Вы знаете, как обыкновенный человек кивает головой? На самом деле не знаете, а они кивают вот так (быстрое движение головой вверх-вниз). А вы киваете вот так (медленно кивает).**

Эриксон: Она кивнула. А сейчас посмотрите внимательно. Она кивнула, и за этим движением последовало повторное покачивание. В обычном бодрствующем состоянии, кивнув головой, вы останавливаетесь. В состоянии гипноза вы киваете головой с удобной для вас скоростью, а затем следует небольшое покачивание, которое говорит опытному наблюдателю, насколько глубоко вы погружены в транс.

***Э.:* Вы не знаете, о чем я говорю, но все в порядке. А сейчас ваша рука поднимется к лицу. (Эриксон поднимает ее руку). И вы действительно не знали, что это так легко, не правда ли? И когда рука коснется лица, вы сделаете глубокий вдох и уснете еще крепче, еще глубже.**

Эриксон: "Вы сделаете глубокий вдох и уснете еще крепче". Если вы делаете первый шаг, можете сделать и второй. Поэтому вы подчеркиваете первый шаг словами: "Когда рука коснется лица, вы сделаете глубокий вдох". Упор на втором шаге, и субъект может спокойно сделать первый шаг, не понимая, что он, таким образом, вынуждает себя сделать и второй шаг.

***Э.:* И вы не знали, что это будет так легко, правда? И что это так сильно отличается от сценического гипноза, правда?**

Эриксон: И вы здесь немножко продвигаетесь, но это и так понятно.

***Э.:* Потому что вы понимаете, что именно вы это делаете. Вы знаете об этом, не правда ли? А я собираюсь попросить вас открыть глаза. (Она открывает глаза). Привет. Вы были в трансе?**

(Эриксон начинает серию пробуждений субъекта. Каждый раз

он ее будит так, чтобы внушить амнезию. Он говорит "привет" и задает вопрос, как будто она только что вышла на сцену. Это побуждает ее реагировать так, словно она и в самом деле только что села на стул, и таким образом забывать обо всем, что перед этим случилось. Техника становится более ясной при последующих пробуждениях).

Эриксон: "Привет" здесь укрепляет дистанцию между нами. Вот и все. И субъект не тревожится, обнаружив, что он в одиночестве и рядом только один человек, потому что у него сохраняется воспоминание о большой группе людей вокруг. Поэтому субъект не пугается, внезапно обнаружив себя в вакууме. "Привет!" смазывает это ощущение.

Субъект № 1: Я не знаю.

***Э.:* Не знаете? Вы действительно не знаете? Я покажу вам, как это проверить. Посмотрите на свои веки, чтобы понять, закрываются ли они.**

Эриксон: Как посмотреть на свои веки? Чтобы посмотреть, вам нужно их опустить. А у субъекта нет ни времени, ни опыта, чтобы понять это. Это можно назвать нечестным, подленьким способом внушения "без внушения". Мы с Бетти пытались однажды подобрать подходящее слово для обозначения того, что соответствует "внушению без внушения". Введение в заблуждение? Или как еще это можно описать? Мы не смогли найти в словаре подходящего слова.

***Э.:* И если они начинают опускаться, это значит, что вы были в трансе. И они все ниже, замечательно, они все ниже, они все ниже. Хорошо. И так все время. И так все время. Все время, пока они не закроются.**

Эриксон: "Пока не". Если вы принимаете слова "пока не", вы также принимаете слово "закрыть", но только если "пока не" не определено четко. Когда заканчивается "пока не"? Время устанавливается самим субъектом. А когда пациент должен набрать определенный вес? К разумному сроку. Пациент сможет установить дату, когда вы говорите: "Давайте будем разумными". И если к конкретной дате вес не набран, "давайте будем разумными" уже сказано. И пациент не отчаивается. Пациент может продлить срок. В терапии так все и происходит.

***Э.:* И сейчас подтверждение пришло изнутри тебя, не правда ли? И вы можете говорить, и вы можете понимать меня. И вы можете слышать. И вы можете выполнять инструкции. Например, если я попрошу вас поднять правую руку, вы можете поднять правую руку.**

(Обычно, когда Эриксон считает, что субъекты пребывают в достаточно глубоком трансе, и не хочет утрачивать с ними

контакт, он говорит, что им можно говорить и понимать. В этом эпизоде — любопытное использование Эриксоном метафоры. Обычно со слова "например " начинается не указание, а описание гипотетической ситуации. Эриксон же, произнося общее утверждение, затем подает его как директиву. Иными словами, совсем не страшно выслушать "например ", потому что это как бы ни к чему не обязывает, но под его прикрытием Эриксон требует определенного действия.)

Эриксон: "И вы можете выполнять инструкции". Вопрос только, какие инструкции? Это угроза. Чтобы смягчить угрозу, вы поднимаете руку, перед этим повторяя то же самое: "Вы можете слышать", "Вы можете чувствовать". Когда дело доходит до выполнения "например", поднимите руку. Вы можете делать физически что-то другое, только люди этого на сознательном уровне не понимают.

Хейли: То есть "например" представляет собой объект некоторого класса, вытягивающий за собой остальные объекты данного класса — вот что вы имеете в виду.

Эриксон: Да.

***Э.:* (Показывает, поднимая свою правую руку левой рукой, и субъект поднимает руку). Поднимается медленно. А сейчас остановилась.**

Хейли: Почему она поднималась так быстро?

Эриксон: Можете прокрутить фильм назад, и если вы будете слушать мой голос, я думаю, заметите увеличение темпа моей речи. "И ваша рука может подниматься быстрее". Нарочитость. И эффект достигнут.

***Э.:* Она медленно поднимается. Сейчас она остановилась. И не имеет значения, что вы пытаетесь сделать, — она остается вверху. И изо всех сил пытается опуститься вниз. (Ее рука слегка дергается вниз.)**

(Использование "вызова" типично для гипноза, и Эриксон применяет его в разнообразных формах: от тонких предложений до жестких требований. Обычно смысл следующий: "Я хочу, чтобы ты подчинился мне, демонстрируя при этом, что не можешь не подчиняться мне". Невозможность контролировать движения своей руки может напугать субъекта, поэтому далее Эриксон называет ситуацию очаровательной и интересной.)

Эриксон: А сейчас я обращаюсь к вам. Я, стоя перед вами, наклоняюсь вперед, что означает: "Я обращаюсь к вам". И подчеркиваю тем самым межличностное взаимодействие.

***Э.:* Впервые в жизни вы не можете опустить руку. Разве не так?**

***Субъект № 1:* М-м-м. (улыбается).**

***Э.:* И разве это не очаровательно? Разве не интересно?**

***Субъект № 1*: Хм-м-м.**

***Э.:* Правильно.**

Эриксон: Тут кое-что вырезано.

Хейли: А что было вырезано, как вы думаете?

Эриксон: Я велел ей ощутить, как опускается рука. Я это понял из того, что сказал здесь. Не помню точно. Но очевидно, что я велел ей обратить внимание на ощущения в опускающейся руке, и она опускала ее и ощущала, и это проявилось в подергивании.

***Э.:* Правильно.**

Эриксон: Что правильно? Это относится ко всему, что она делает, но вы не говорите, что все, что она делает, правильно. Вы просто говорите: “Правильно”. Но она автоматически переносит это на все, что делает. И вы говорите: “Правильно, Джокки”. Она чувствует, что правильно сидит, правильно стоит, правильно идет, правильно пишет, все делает правильно. Информация, расширяясь, выделяет это. После встречи с Бер- двистлом (авторитетным специалистом в области движений тела) для вас многое в этом станет понятней.

***Э.*: Вы поверите, что были в трансе, если я заставлю вас открыть глаза и пробудиться? Я бы хотел, чтобы вы поверили, что вас невозможно загипнотизировать. Хорошо?**

***Субъект № 1:* Да.**

***Э.:* Знаете, вас невозможно по-настоящему загипнотизировать, и как только вы откроете глаза, вы это поймете.**

(Много лет назад, когда я работал в руководимом Грегори Бейтсоном проекте, он сформулировал понятие “двойная связь”. Это парадоксальная ситуация общения, при которой сообщение на одном уровне вступает в конфликт с сообщением на другом уровне, а человек должен реагировать и не может сбежать с “поля боя”. Классический пример — указание “Не слушайся меня”. Человек не может ни подчиниться, ни не подчиниться, потому что неподчинение означает подчинение. После открытия этого феномена нашей задачей стало изучение подобных парадоксов в человеческих отношениях. Один из первых найденных мною примеров был гипноз. Природа гипноза заставляет гипнотизера требовать от клиента непроизвольных реакций. Как можно непроизвольно реагировать на команду? Кроме того, в гипнозе часто используются особые указания, являющиеся несомненными примерами “двойной связи”, и классический случай подобного указания представлен здесь. Эриксон внушает субъекту сказать после пробуждения, что она не может быть загипнотизирована.

Гипнотизируемая сталкивается с парадоксом: если она последует постгипнотическому внушению, значит, она в трансе. Она оказывается перед парадоксальным выбором: сказать, что она не может быть загипнотизирована, означает сказать, что она была загипнотизирована. Если она не будет следовать указанию и говорить, что ее невозможно загипнотизировать, значит она должна будет согласиться, что была загипнотизирована. В любом случае она вынуждена признать, что была в трансе).

Эриксон: Она не может открыть глаза, пока не поймет этого.

Хейли: Объясните поподробнее этот момент.

Эриксон: Она не может открыть глаза, пока не поймет этого. “Как только вы откроете глаза, вы поймете, что вас нельзя загипнотизировать”. Она открывает глаза, и это означает, что она поняла. Это недирективное внушение на неосознанном уровне.

Э.: **Скажите мне, вы считаете, что вас можно загипнотизировать?**

Субъект № 1: **Думаю, что нет.**

Э.: **Вы так считаете?**

Субъект № 1: **Да.**

Э.: **Я хотел бы, чтобы вы объяснили мне вот это. (Он поднимает ее правую руку, и рука повисает в воздухе). А что, когда- нибудь незнакомец поднимал вашу руку и оставлял ее висеть в воздухе?**

Субъект № 1: **Нет (улыбается).**

Э.: **А вы знаете, в гипнозе, в медицинском гипнозе, иногда требуется, чтобы пациент был очень, очень спокоен. Чтобы можно было все что угодно, даже операцию, выполнять при полном сотрудничестве с пациентом. И знаете, во время операции нет времени объяснять пациенту, что он должен делать. Например, если я скажу вам закрыть глаза, вы могли бы закрыть их. Сейчас. (Она моргает и затем закрывает глаза).**

Эриксон: Видно, как она начинает понимать.

Э.: **Вы можете закрыть их так хорошо и держать их закрытыми так хорошо. И для хирурга это, вероятно, самое важное. И неподвижность вашей правой руки, вероятно, самое важное для хирурга. Сейчас вы понимаете, какая дистанция между гипнозом медицинским и сценическим. Сценический гипноз — это когда кто- то выпячивает грудь и выпучивает глаза…**

Эриксон: Это объяснение предназначено и аудитории, и другим субъектам. И я говорю со всеми субъектами. Тем самым я успокаивал их. И аудиторию.

(В этот раз Эриксон упоминает о сценическом гипнозе гораздо

чаще, чем обычно. Он всю жизнь противопоставлял медицинский гипноз гипнотическому шарлатанству и боролся с последним).

Э.: **(продолжая) … и сообщает аудитории, какой он замечательный человек. Но мне хочется, чтобы вы поняли, что вы — замечательный человек, способный сделать многое, что поможет вам в решении медицинских проблем. Делает ли это вас счастливой?**

(Эриксон, как правило, вознаграждает субъектов за добровольное участие в демонстрации. Дальше об этом будет сказано подробнее).

Субъект № 1: **Да.**

Э.: **Сейчас я не знаю, каким будет ваше будущее, но надеюсь, что если вы выйдете замуж и у вас будет ребенок, вам будет так удобно, так легко…**

Эриксон: "Я надеюсь, что если вы выйдете замуж и у вас будет ребенок, вам будет так удобно, так легко". Я разговариваю не просто с ней. Я имею в виду каждого. Потому что это значит, что я говорю со всеми, кто находится в поле моего зрения.

Э.: **(продолжая) … и если вам будут делать операцию, она будет для вас удобна и легка, и любая хирургия будет легкой и удобной для вас. И зубы лечить вам будет удобно и легко. Вам это нравится?**

Эриксон: И обращаясь ко всей аудитории, сейчас я могу обращаться напрямую к субъекту, а вся аудитория по-прежнему останется моей.

Субъект № 1: **Очень.**

Э.: **Очень?**

Субъект № 1: **Да.**

Э.: **Я очень рад. И надеюсь, вы сохраните это знание до конца жизни. И разве для вас важно знать, что я вас гипнотизировал; вам важно знать, что вы все это сделали сами. Я хочу, чтобы вы глубоко вздохнули один, или два, или три раза и полностью проснулись.**

Эриксон: И я увидел, как она пробуждалась сама, без моего вмешательства. "Один или два глубоких вдоха. И полностью проснись". Она слегка приоткрыла рот. Разлепила веки. Приподняла голову. Изменила ритм дыхания. Все было сделано ею. Я также подчеркнул здесь, что гипноз осуществляется внутри нее. Его осуществляет не врач, не стоматолог и не психолог, а вы внутри себя. Так много врачей, начиная работать с гипнозом, думают, что они все делают. Но они только предлагают субъекту на выбор то или иное с надеждой, что тот хоть на что-нибудь обратит внимание.

Э.: **Привет. Скажите, как вас зовут?**

(И снова Эриксон приветствует молодую женщину, словно она только что вышла на сцену. Попросить назвать себя вполне уместно в первые мгновения встречи. Субъекту внушается потеря памяти обо всем, что было во время транса).

Субъект № 1: **Гарриет.**

Э.: **Гарриет? По-моему, очень милое имя. Вы хотели бы обменяться со мной рукопожатием?**

Субъект № 1: **Да.**

Э.: **Правда? (Поднимает ее руку, и она остается поднятой). Вы знаете, рукопожатие со мной — это довольно…**

Эриксон: Вы видите, как подчеркнуто я отделяю ее руку от своей. Врачи, бывшие на том семинаре, посещавшие мои предыдущие семинары, слышали, как я говорил о важности косвенных внушений, медленных действий, дающих субъекту время для реакции. И дающих это время незаметно для них самих. Поэтому я отнял руку подчеркнуто медленно. И те, кто слушал меня ранее, — то есть большинство присутствующих — могли понаблюдать за этим.

Э.: **И знали ли вы, что сможете войти в транс так быстро и так легко?**

Субъект № 1: **Нет.**

Э.: **Вы можете, не правда ли, даже с широко открытыми глазами? Знаете, если захотите, вы сможете видеть только себя и меня. И больше ничего. Ни телекамер, ни ламп, вообще ничего.**

Эриксон: Знаете, когда я говорю: “Вы можете видеть только себя и меня”, она этого не проверяет. У нее не возникает желания посмотреть и увидеть. Она принимает мои слова без тени сомнения. А когда что-то не вызывает у тебя вопросов, ты это что-то принимаешь как данность.

Хейли: Если вы хотели “вычеркнуть” телекамеры и прочее, почему вы их ей называете?

Эриксон: Таким опытным, как она, вы их называете. Реагирует ли она на их названия? Например, если бы я писал здесь. Она осознавала, что сидит возле кедровой тумбочки и телевизора. Даже пытаясь контролировать это, вы повернулись совсем чуть-чуть. (Смеется). В гипнозе люди этого не делают. Это так тяжело, и нет ничего более оскорбительного для человека. Студенты-медики часто пытались загонять меня вопросами в тупик. И было совершенно ясно, что я думаю: “Вот передо мной сидит парень и пытается уесть меня, но там что-то такое…” (смотрит через плечо). И вы могли увидеть, как поток вопросов постепенно иссякает. (Смеется). И когда кто-то пытается вам грубить, вы смотрите в сторону. И тот грубиян, пытающийся вас задеть,

спрашивает себя: “Почему он на меня не смотрит?” И он довольно беспомощен в этой ситуации. И вы можете срезать его — так легко, так быстро. Вы можете попрактиковаться на своих детях. Разве не так, Роберт? И в работе преподавателя вы так делаете, правда ведь?

Э.: **Только я. И вам совсем не нужно моргать глазами с обычной частотой или делать что-то подобное. И ваша ладонь, и вся рука чувствует себя так удобно. А сейчас закройте глаза. (Гарриет закрывает глаза). Правильно, все правильно. И сделайте глубокий вдох, и проснитесь. (Гарриет открывает глаза). Позвольте мне снова пожать вам руку. (Они обмениваются рукопожатиями). Привет. Гарриет, я так рад с вами познакомиться.**

(Работа нашего мозга заставляет нас восстанавливать социальную последовательность, даже если для этого требуется амнезия. В данном случае Эриксон берет молодую женщину за руку, откидывается назад, разъединяя руки, затем передает различные гипнотические внушения. Затем он снова берет ее за руку, пожимает ее и будит женщину. За этим следует: “Привет, Гарриет, я так рад с вами познакомиться ” — словно они только-только начали работу. Действия во время рукопожатия, вероятнее всего, забудутся субъектом. В гипнотерапии можно делать то же самое — начать определенную последовательность действий, прервать ее трансом, затем продолжить последовательность, заставив субъекта с помощью амнезии забыть события, происходившие во время транса. Эриксон обучил меня данной технике, но здесь на дальнейшие вопросы он ответил, осветив иной аспект этого приема).

Эриксон: При работе с гипнозом лучше всего, если глаза субъекта открыты, вы велите ему закрыть глаза, а затем — проснуться. Опыт всей жизни человека говорит ему, что открывание глаз — это часть пробуждения. Но они не понимают того, что учатся связывать закрывание глаз с засыпанием.

Хейли: Вы закончили сеанс тем же, чем начали, — рукопожатием. Это сделано для внушения амнезии?

Эриксон: Да. Если вы хотите вызвать амнезию, осознанную амнезию, то возвращаетесь к началу и заканчиваете началом. Вы можете войти в аудиторию к студентам-медикам и сказать: “Я хочу, чтобы вы очень хорошо запомнили... (растягивая слова)... что здесь происходит. Кстати, что я начал говорить?” Вы делаете подчеркнутое утверждение, прерываетесь и отвлекаете их внимание. Вы возвращаетесь назад, и, к своему удивлению, они уже забыли. “А сейчас я хочу, чтобы вы запомнили!” И когда вы проделываете это со студентами-медиками, например, в качестве

введения к обсуждению гипноза — чтобы показать, что у них может возникнуть амнезия и не под гипнозом, — тогда они становятся намного восприимчивее к гипнозу. Потому что уже были убеждены обычным поведением.

***Э.:* Большое спасибо за помощь.**

***Субъект № 1:* И вам спасибо.**

***Э.:* Вы ведь понимаете, что очень помогли мне?**

***Субъект № 1:* Разве?**

***Э.:* Надеюсь, я развеял мистическое облако вокруг сценических гипнотизеров и всех этих шарлатанов, пытающихся дурачить людей гипнозом. Спасибо вам. Я вам очень благодарен. Вы уже совсем проснулись?**

***Субъект № 1:* Да.**

***Э.:* Это хорошо. А сейчас, как вы думаете, вам следует поменяться местами со следующим субъектом?**

***Субъект № 1:* Да.**

***Э.:* Хорошо. (Ассистент снимает с нее микрофон). Девушка в голубом платье.**

Эриксон: Я поручил ей привести даму в голубом, потому что не я собирался идти к ожидающим женщинам, а она. Вы просите субъекта кого-нибудь привести. Как вы на семинарах справляетесь с сопротивляющимися субъектами? Многие замечают, что они сопротивляются. Вы вызываете одного из них и позволяете остальным сопротивляться. Вызовите следующего, поручив первому субъекту привести его к вам. И этот другой будет удивлен, почему же он не сопротивлялся. Позволяя привести себя, он переносит свое сопротивление на сопровождающего. Но они этого не осознают.

(С каждым из субъектов Эриксон использует разный подход. Со следующей дамой он применяет типично роджерианскую индукцию, повторяя ей все, что она говорит. Интересно, как роджери- анский подход, который провозглашается как чисто рефлективный и недирективный, может быть использован для внушения гипнотического транса).

***Э.:* Скажите мне, вы когда-нибудь раньше были в трансе?**

***Субъект № 2:* Думаю, да.**

***Э.:* Думаете, да. (Эриксон откидывается назад, затем наклоняется вперед, берет ее за правую руку и поднимает). И кто же раньше вводил вас в транс?**

***Субъект № 2:* Доктор Яновский.**

***Э.:* Доктор Яновский? Очень мило с его стороны.**

***Субъект № 2:* Мне понравилось.**

***Э.:* Вам понравилось. (Он отклоняется назад, а она остается сидеть с поднятой рукой). И когда, по-вашему, вы**

войдете в транс для меня?

***Субъект № 2:* Судя по ощущениям в руке, мне кажется, что я уже в трансе.**

Эриксон: "И когда, по-вашему, вы войдете в транс для меня?" Яновский вводил ее в транс. "И когда, по-вашему, вы войдете в транс для меня?" Вы начинаете открывать доступ ко времени, физическим ощущениям, предыдущему опыту. Затем она заметила руку. И это подсказало ей. Вы часто можете делать это с неопытным субъектом. На семинарах, после первой лекции я часто смешиваюсь со слушателями, пожимаю им руки, спрашиваю, откуда они приехали. Пожимая им руки, я медленно убираю свою ладонь, меняю фокусировку глаз, словно смотрю куда-то за ними, меняю тон голоса, словно говорю с кем-то позади них. И тех, кто вошел в транс, я могу тут же определить. Затем я могу поменять тон голоса, фокусировку глаз и повторить то, что говорил, когда они были в бодрствующем состоянии, и вывести их из транса. Они были в трансе и не знают об этом, у них амнезия, и, когда приходит время выбирать из аудитории субъекта, я уже знаю, кого выбрать.

Хейли: Почему вы взяли ее за руку и начали ее поднимать до того, как спросили, была ли она под гипнозом раньше?

Эриксон: У меня в тот момент был сильный приступ боли, и я потерял ощущение времени.

Хейли: А какой должен был быть расчет времени?

Эриксон: Мне следовало задать вопрос до того, как я коснулся ее руки.

Хейли: Почему?

Эриксон: Она видела, как у другой девушки развивалось состояние гипноза. И перешло в каталепсию. А у меня нарушилось ощущение времени. До вхождения в транс у нее не было возможности сказать мне, что ее уже гипнотизировал Яновский. Так что я извлек из происходящего максимально возможное, не выдавая своей ошибки.

***Э.:* Судя по ощущениям в вашей руке, вы, должно быть, уже в трансе. Как именно изменились ощущения в вашей руке?**

***Субъект № 2:* Я чувствую покалывание.**

***Э.:* Откалывание. Она отделяется от тебя.**

Хейли: Что это еще за "откалывание"?

Эриксон: Вы когда-нибудь чувствовали, как ваша нога идет спать? В гипнозе у вас может возникнуть частичное ощущение частей тела, и это приводит к эффекту покалывания. Я просто говорил невнятно.

Хейли: Это что, не было умышленно?

Эриксон: Нет.

Хейли: Но это просто в точку попало — “откалывание”.

Эриксон: Знаю.

Хейли: Я думал, что вы применили какой-то особый речевой прием.

Эриксон: Нет, это была всего лишь оговорка.

Хейли: Ладно, удовлетворюсь и этим.

Субъект № 2: **Нет, это покалывание, покалывание, покалывание.**

Э.: **Нет, это всего лишь обычное откалывание.**

Субъект № 2: **Нет, покалывание, моя рука... А сейчас, возможно, и откалывание. Кажется, что она уже не принадлежит мне, как раньше.**

Эриксон: Здесь я извлек пользу из этого “откалывания”. “Откалывается” значит отделяется. Я с выгодой использовал свою оговорку.

Э.: **Скажите мне, ваши глаза открыты?**

Субъект № 2: **Широко открыты.**

Э.: **Вы уверены в этом?**

Субъект № 2: **Сейчас да.**

Э.: **Сейчас вы уверены. И вы все еще уверены в этом?**

Субъект № 2: **Да.**

Э.: **Они закрываются?**

Субъект № 2: **Еще нет.**

Э.: **Вы уверены?**

Субъект № 2: **Да (ее веки опускаются).**

Э.: **Полностью. Полностью. И остаются закрытыми. Полностью. Полностью.**

Эриксон: Взгляните, как ведут себя ее веки. Она очень хорошо это показывает. Колебание ее желаний. Держать их открытыми или дать им закрыться? Она закрыла глаза. Она полностью закрывает их, а затем открывает и снова полностью закрывает, и снова открывает наполовину. “Черт возьми, пусть их закроются до конца и останутся закрытыми”. Вот что она делала.

Э.: **А сейчас оставьте их закрытыми. (Ее глаза остаются закрытыми.)**

Эриксон: Вы заметили, я ничего не предлагал? Я только задавал вопросы. Это были вопросы, для того чтобы вызвать сомнение, неуверенность; и одновременно отсутствие внушений, мое любопытство, мой интерес к ней могли вызвать вопрос: “А не собираются ли мои глаза закрыться?” Единственный для нее способ определить, собираются ли глаза закрыться, — закрыть их. И она не знает, что это единственный способ.

Э.: **Сделайте глубокий вдох и войдите в глубокий транс. И**

в будущем любой гипноз, медицинский или стоматологический, я надеюсь, будет вам нравиться, и я надеюсь, что вы никогда не будете применять гипноз, чтобы развлекать людей, а только чтобы обучать их и помогать им лучше понимать себя. Вы не возражаете, что я говорю о вас?

Субъект № 2: **Нет.**

Э.: **Это ведь не делает вас самодовольной?**

Субъект № 2: **Нет. Когда ты в трансе, нет.**

Эриксон: Я думал в тот момент, что все наше Общество знает, что я болен. Они все сомневались на мой счет. И я решил лучше сообщить аудитории, что тоже об этом знаю. Поэтому я утрировал движение моей руки, чтобы они поняли это, не осознавая. Вон посмотрел на это и сказал: "Какого черта тебе нужно было рекламировать свою болезнь?" Он понял.

Э.: **Но вы можете отвечать мне. Правда ведь?**

Субъект № 2: **Да, могу.**

Э.: **И все окружающие кажутся вам ужасно незначительными, не правда ли?**

Субъект № 2: **Верно. Я осознаю только ваш голос.**

Э.: **Вы осознаете только мой голос. И этого достаточно, так ведь?**

Субъект № 2: **О, да.**

Э.: **Вы здесь с медицинской целью, для демонстрации. И сделайте глубокий вдох, и полностью проснитесь — отдохнувшей, свежей и полной сил. (Она открывает глаза). Как по-вашему, вы совсем проснулись?**

Субъект № 2: **Ну… (пауза) Нет. Я не могу опустить руку.**

Э.: **Вы не можете опустить руку.**

Субъект № 2: **Не могу.**

Э.: **Вы имеете в виду, что ваша рука все еще спит?**

Эриксон: Сейчас я поднял ее руку без реального наведения транса. Я навел транс не вовремя, раньше чем хотел это сделать. Поэтому я разбудил ее в связи с индукцией транса, проявившейся в поднятии руки. Другими словами, были созданы два различных трансовых состояния, и ей нужно было пробудиться от обоих. И я позволил ей показать, что она проснулась, но она не смогла продемонстрировать полного бодрствования, так как ее рука была все еще поднята. Она не могла ее опустить. И такое сегментирование тела очень важно в гипнозе, медицине и стоматологии, и в экспериментах с цветовым зрением, и вообще в любых психологических экспериментах. В психотерапии вы разделяете вещи.

Хейли: Вы предвидели это? Вы знали?

Эриксон: О, да, я знал.

(Два транса, о которых говорит Эриксон, были наведены особым образом, это заметно при внимательном просмотре фильма. Вопрос в том, почему рука женщины осталась поднятой, когда она сама уже проснулась. Может быть, потому, что он не будил ее, а только создал видимость. Например, он мог сказать: "Я хочу, чтобы вы проснулись ?" — с легкой вопросительной интонацией, которую субъект услышит, а аудитория нет. Такая интонация превращает директиву в вопрос. Тем не менее, в данном случае он этот прием не использует. Другое объяснение возможно, если предположить два транса, которые могут быть описаны серией стадий. Во-первых, Эриксон спрашивает женщину, была ли она когда-нибудь раньше в трансе, и она отвечает: "Думаю, да". Во- вторых, Эриксон наклоняется, берет ее за руку и поднимает руку. Одновременно он спрашивает, кто раньше вводил ее в транс. Она говорит: "Доктор Яновский". В-третьих, Эриксон откидывается назад и говорит: "И когда, по-вашему, вы войдете в транс для меня?" Создается впечатление, что Эриксон, услышав о предыдущем трансе, предположил, что если во время гипноза женщина вспомнит свой предыдущий транс, она, вероятнее всего, снова войдет в транс. Таким образом, Эриксон воспользовался возможностью навести один транс с помощью ассоциации с предыдущим гипнотизером и отдельно — свой собственный. Поднятая рука была частью транса предыдущего гипнотизера. Следовательно, когда Эриксон разбудил ее от своего транса, она все еще была в трансе предыдущего гипнотизера. Впечатляет скорость, с которой Эриксон принял решение использовать предыдущий транс и отделить его от своего.)

Э.: **Давайте поменяем их. Пусть поспит другая рука (он поднимает ее левую руку, и правая рука падает вниз). Что вы чувствуете?**

Субъект № 2: **В левой руке сейчас те же ощущения, что были в правой.**

Э.: **В левой руке сейчас те же ощущения, что были в правой. Глаза открыты широко?**

Субъект № 2: **Да, думаю, да.**

Э.: **Думаете, да?**

Субъект № 2: **Сейчас я так думаю.**

Э.: **Вы начинаете сомневаться?**

Субъект № 2: **Ну, в подобной ситуации всегда появляются сомнения. (Ее веки начинают опускаться).**

Э.: **Всегда появляются сомнения. И когда врач говорит: "Я сомневаюсь, что вам больно" — какова ваша реакция?**

Субъект № 2: **(Пауза) Я не знаю. Меня не очень мучает боль.**

***Э.:* Разве это не здорово?**

***Субъект № 2:* Думаю, это замечательно.**

Эриксон: Она обучает их своим поведением.

Хейли: Что?

Эриксон: Она обучает зрителей своим поведением. И когда врач сомневается в боли, можете ли вы сомневаться в ней? Это здорово. Вы можете сомневаться в ней. И можете видеть, как меняется движение ее век. И можете обнаружить, что вы, вероятно, реагировали на произнесенные слова, пусть даже они были сказаны вскользь, вы можете быть свободными от боли. Вы вызываете у себя сомнение. “Боль?” Ребенок с психосоматической астмой. Вы говорите ему: “Знаешь, у тебя астма, и тебе трудно дышать. Возможно, какая-то часть астмы возникает из-за твоего беспокойства и страха. Ты, вероятно, не заметил бы, если бы только пять процентов возникло из-за страха. Ты, вероятно, не заметил бы, если бы только десять процентов возникло из-за страха, а не из-за аллергии. И было бы приятно обнаружить, что только 80 процентов возникло из-за аллергии. Ты забудешь о 20 процентах, которые возникают из-за страха”. И это дает им ощущение спокойствия.

Я делал это с двенадцатилетним мальчиком. Его родители тратили 150 долларов в месяц на лекарства, которые прописал семейный врач. И через пару недель мальчик жил уже лишь с десятью процентами своей астмы. Его родители очень встревожились, потому что он не принимал таблеток и дышал легко. Они сказали ему, что этого нельзя делать, ведь у него очень тяжелая астма. Позже они сказали мне, что глядели друг на друга. “Это была наша тревога. Это мы до смерти напугали своего сына”. И я сказал им: “Да”. Родители сказали: “Вы говорили нам, что мальчик может быть спокоен и доволен”. Мы все совершаем ошибки. Мы не знаем, насколько сильно его легкие были разрушены астмой. Если вы не знаете, насколько сильна эмфизема, как вы можете взять на себя вину за его смерть? Вы ведь не знаете, мог ли он не умереть. А вы сразу же начинаете винить себя — суматошно, настойчиво. Вы не знаете, умер бы он от астмы через месяц. Мы ведь не знаем, насколько сильна была эмфизема, была ли она смертельной. Фактически это врач убил ребенка, прописав ему так много лекарств. Но они уже ничего не могли поделать, после того как мальчик умер. Я рад, что они пришли ко мне после этого.

***Э.:* И даже на приеме у стоматолога вы не будете чувствовать боль?**

Эриксон: Напряжение в моем голосе. “Даже у стоматолога”. И даже когда акушер велит тебе тужиться. Это все связано. Ты

можешь чувствовать себя комфортно.

Хейли: Связано с чем?

Эриксон: Связано с любым тяжелым ощущением, ты можешь чувствовать себя комфортно.

***Э.:* Кстати, вы сейчас здесь одна? Кого-нибудь еще видите?**

***Субъект № 2:* Нет. Сейчас не вижу.**

***Э.:* Только меня?**

***Субъект № 2:* Да.**

***Э.:* И этого достаточно?**

***Субъект № 2:* Сейчас да.**

***Э.:* Сейчас да. А сейчас закройте глаза, сделайте глубокий вдох и проснитесь, полностью проснитесь. Полностью.**

***Субъект № 2:* Как же я могу проснуться полностью, если не могу опустить руку?**

***Э.:* Как же вы можете проснуться полностью, если не можете опустить руку? Знаете, ваша рука — это часть вас целиком. (Ее рука падает на колено.)**

Хейли: Вы ожидали, что ее рука останется в воздухе?

Эриксон: Но ведь у нее уже был опыт обнаружения, что можно проснуться с поднятой рукой. И это результат "похмелья" после внушения. Необходимость уделять внимание каждой мелочи в поведении пациента. В данном случае с моей стороны не было ничего преднамеренного. Она сама продемонстрировала, как важно все учитывать. И неспособность людей понять, что "целиком" включает в себя и руки, и ноги. Расскажу вам шутку. "Я придерживаюсь вашей диеты, но все никак не похудею. Сначала я ем завтрак, а затем — то, что вы мне прописали есть на завтрак". Иными словами, они едят все как обычно плюс диета. (Смех). И это происходит очень часто. Это еще не самое смешное, что может случиться. Хорошо мойте правую ногу. Через две недели вы снова осматриваете этого пациента и обнаруживаете, что должны были сказать ему, что остальное тело тоже можно мыть. (Смех). Он мыл только правую ногу. Это действительно смешно. Я дал время на понимание того, что "целиком" включает и руку. Но на это требуется время. Вы видите, что мышление, понимание требует времени. Даже в таких простых случаях.

***Субъект № 2:* Сейчас я думаю, что проснулась.**

***Э.:* Сейчас вы думаете, что проснулись. Знаете, с вашей стороны было очень мило сотрудничать со мной. Послушайте, я не знаю, сколько там у меня осталось времени, так что не приведете ли ко мне следующую леди — кажется, она в розовом платье? (Ассистент снимает микрофон с субъекта № 2. Она уходит со сцены, субъект № 3 садится, ей**

на кармашек прикрепляют микрофон.)

Эриксон: Вы заметили, с какой скоростью вскочила следующая? Она просто бросилась на сцену.

***Э.:* Вы знаете, ведь я не первый, кто говорит, что у вас очень красивые голубые глаза? Вы знаете это, правда?**

***Субъект № 3:* Мне говорили.**

***Э.:* И я не первый, кто сказал вам это.**

***Субъект № 3:* Да.**

Эриксон: Что смущает? Вы говорите женщине перед аудиторией, что у нее красивые голубые глаза. Как она себя чувствует, зная, что выставлена напоказ? "Ко мне подлизываются". Вы здесь никакого подлизывания не увидели. Это оценили только наиболее опытные. Она уже отделила себя от аудитории. Она присоединилась ко мне. Она об этом не знает, но она уже в трансе. И я не считал, что нужно сделать что-то еще для наведения транса. Однако я должен был учесть и нужды недостаточно информированных зрителей.

***Э.:* Вы знаете, просто удивительно, как такие красивые голубые глаза трудно, ужасно трудно держать открытыми. Сделайте глубокий вдох и глубоко, крепко усните. В ортопедической хирургии очень важно, чтобы пациент мог удобно держать руку или ногу в неудобной позиции часами, днями. Я хочу, чтобы вы чувствовали, как рука стала нечувствительной и расслабленной. (Он поднимает ее правую руку, и она остается в воздухе). Ваша рука чувствует себя удобно?**

***Субъект № 3:* Очень удобно.**

***Э.:* Очень удобно.**

Эриксон: Не знаю, связано ли это с тем, что было сделано в Англии, но это вопрос неудобной позиции, усталости и медицинской необходимости. В Англии один ортопед использовал гипноз для проведения пересадки кожи на лодыжке. Он объяснил пациенту в состоянии транса важность пересадки кожи с брюшины и того, что лодыжку надо держать над животом. Практически размолотую лодыжку. И пациент лежал в таком положении более двух недель. Очень аккуратная работа. Пересадка была необходима, но он мог держать ногу на вытяжке, как это обычно делается. Возникает вопрос: можно ли в данном случае положиться на гипноз и не использовать гипс, вытяжки и прочее и может ли гипноз сохраняться во время сна? Ведь пациент должен находиться в таком ужасно неудобном положении две недели.

Можно делать много такого, о чем люди не знают и не верят, что это можно сделать, и надо им показать, что это возможно. Как

это назвать? Увеличьте свою правую руку и уменьшите левую. Как вы это делаете? Вы усиливаете приток крови в правую руку и задерживаете отток крови из нее, вы уменьшаете приток крови в левую руку и увеличиваете отток. И вы видите это на графике. Правая рука становится больше, а левая — меньше. Звучит смешно, и тем не менее это происходит в физиологической лаборатории. Вы помещаете руку в контейнер, фиксирующий изменения в объеме руки. И удивительно, как студенты-медики стараются найти другие объяснения и очень неохотно соглашаются, что это действительно происходит. Вы заставляете их. Рука внутри. Вы говорите им, что делаете то же, что и Джо делал. И говорите с ними убедительно, в обычном, бодрствующем состоянии. Затем объясняете, что знаете, что такое ощущение холода и что такое ощущение тепла. И вы можете сделать свою левую руку более холодной. Вы можете сделать свою правую руку более теплой, тем самым увеличив ее размер. Просто ждите и наблюдайте. И затем обнаружите, что это произошло с ними даже в состоянии бодрствования. Так трудно верить людям.

Я анестезировал некоторые части тела у доктора Мида, физиолога. Он сказал: “Это все просто притворство, симулирование анестезии”. Следующие два часа он потратил на опровержение существования анестезии. Два часа тяжелого труда его и профессора, который вынужден был признать: “Пожалуй, я должен еще кое-что узнать о физиологии”. После этого они начали рыться во всех медицинских книгах в поисках информации о локализации анестезии. С тех пор в Мичиганском университете многое было сделано по изучению нервной системы и анестезии как центральном, а не периферийном явлении.

Э.: **Очень удобно. И вы не потеряли способности говорить, способности разговаривать. Кстати, здесь только я и вы? (Эриксон наклоняется вперед, и его колено касается ее колен).**

Субъект № 3: **Только вы и я.**

Э.: **Только вы и я здесь. Так приятно быть с вами наедине. Я думаю, это просто восхитительно — быть с вами. И мне хочется, чтобы вам было приятно засыпать все глубже и крепче…**

Эриксон: С моей стороны было очень благоразумно говорить красивой девушке перед зрителями: “Я хочу, чтобы вам было приятно наедине со мной, приятно засыпать”. (Смеется). Вы бы не прошли мимо этого, не правда ли? Но она этого как будто не замечает. Хотя реплика очень нагруженная. Много позже мне задали вопрос: “Откуда вы знали, что сможете проскочить со столь двусмысленной репликой?” Некоторые из моих друзей

говорили, что чувствовали себя очень дискомфортно, когда я это сказал. И именно в этот момент многие осознали, что в гипнозе вы можете добиться ощущения комфорта, если никоим образом не задеваете гипнотизируемого. Я говорил о комфорте, одиночестве, а не о “вы и я”. Одиночество и комфорт. Вы и я — это совсем другое. Но одиночество одновременно и комфорт, и сон. Все эти слова — “комфортабельные”. И обстановка, контекст, в котором это произносится, придает им такое значение. А не слово само по себе. Вот история о матери, упрекавшей сына, который вопил: “Черт, как больно!” Мать возмутилась: “Что же ты ругаешься?” — “Мне до того больно!” И она говорит: “Черт побери, ну не настолько же больно!” Есть разница между “черт побери” и “черт побери”. И вы довольно часто с ней встречаетесь, в различных социальных ситуациях.

Ричпорт: Интересно, а сами вы были в трансе, когда работали с кем-нибудь из этих субъектов?

Эриксон: Почему вы спрашиваете?

Ричпорт: Мне интересно, когда вы работаете с каким-нибудь пациентом или находитесь в какой-то ситуации, считаете ли вы необходимым тоже входить в транс? Если вы чувствуете, что это даст вам возможность узнать что-то новое о другом человеке.

Эриксон: Очень удачно, что вы здесь присутствуете. Джей Хейли хочет узнать и научиться. Понаблюдайте за моими движениями, и вы заметите, что большинство из них указывают на состояние транса. Я сам решаю, когда входить в него и выходить, и возвращаться обратно. И когда вы учились, вы это замечали. У меня была возможность показать перед аудиторией, что Сектор был в трансе и не знал об этом. Хершман был в трансе и не знал об этом. Томпсон был в трансе и не знал об этом, Боб Пирсон был в трансе и не знал об этом. Они могли демонстрировать состояние транса так, что другие заметили его. Вы можете определить транс по поведению, как он приходит и уходит, и здесь вы тоже можете заметить это.

***Э.:* (Продолжает) Я не хочу, чтобы вы когда-нибудь забыли, что ваше тело обладает способностью делать множество разных вещей. И ваша рука чувствует себя удобно, правда?**

***Субъект № 3:* Очень удобно.**

***Э.:* И знаете, если эта рука начнет опускаться, другая начнет подниматься, и вы ничего не сможете с этим поделать. (Ее правая рука опускается, а левая поднимается).**

Эриксон: Здесь вырезан кусок.

***Э.:* Сейчас кто-то может назвать это принуждением или чем-то вроде привычки, чем-то вроде моторной реакции. Вы**

не возражаете против того, чтобы открыть глаза и посмотреть на меня? Разве это не изумительно, что вы и я здесь наедине?

Субъект № 3: **Да.**

Хейли: Милтон, почему вы так строите фразу: “Разве это не изумительно, что… ”

Эриксон: Это для аудитории. Ошибка субъекта — реакция на слово “изумительно”. Здесь нет ничего изумительного. Абсолютно ничего. Ты можешь быть изумлен, если считаешь, что ты один, а оказывается, что вокруг еще и другие. А если ты совершенно не осознаешь ситуацию, тогда ничего изумительного нет. Для изумления необходим повод.

Э.: **Были ли мы когда-нибудь представлены друг другу?**

Субъект № 3: **Не были.**

Э.: **Не были? Как вас зовут?**

Субъект № 3: **Сьюзен.**

Э.: **Сьюзен. Меня зовут Милтон. Вы знаете, это имя дала мне мать. Много лет назад.**

Хейли: А сейчас куда вы направились?

Эриксон: Вон говорит, что это банально. Я указал, что вы можете быть очень банальны и смешны, но вы абсолютно одни, только вдвоем, никого больше нет, и она не может почувствовать неловкость, каким бы банальным я ни был. Потому что вокруг никого нет. Это очень специфическая ситуация. Сам ваш вопрос означает, что вы реагируете совершенно по-другому. Обвинение Вона чертовски банально.

Субъект № 3: **Приятное имя.**

Э.: **Что-что?**

Субъект № 3: **Приятное имя.**

Э.: **Правда? Да, ей тоже нравилось. Да и я уже привык к нему. По-моему, оно достаточно приятное. И потом, его легко писать.**

Эриксон: (со смехом). Насколько смешны вы можете быть? Не проявляя чувство “это смешно”.

Хейли: Для чего вы это сделали?

Эриксон: Чтобы показать… скажем так: что эта ситуация не связана ни с чем другим. Она в контексте, ограниченном мной и ею. В контексте этой комнаты было бы смешно, если бы я сказал Мэдди, что меня зовут Милтон, что это приятное имя, что его дала мне мать. Или в контексте присутствия других людей. Но мы были наедине.

Ричпорт: А могли вы сказать это предыдущему субъекту?

Эриксон: Да.

Ричпорт: (продолжая) Точно так же…

Эриксон: Вы можете говорить смешные вещи только в

контексте... Ладно, здесь весь контекст, нет другого.

Хейли: Двое или трое из нас смотрели это и решили, что вы подбираетесь к чему-то еще. И это, кажется, очень интересная идея. Мы решили, что вы пытаетесь добиться регрессии, ведя себя по-детски и тем самым провоцируя ее вести себя по-детски.

(Когда гипнотизер совершает регрессию субъекта в более ранний возраст, субъект должен поместить гипнотизера в то раннее время, сделав его кем-то другим. Регрессируя в детство, субъект может сделать гипнотизера другим ребенком, а возможно — учителем. Одно из объяснений того, что делает Эриксон, хотя это и не его объяснение, отражает крайне межличностный взгляд. Не субъект, регрессируя, изменяет Эриксона, а Эриксон сам регрессирует и заставляет субъекта вернуться в детство, чтобы общение с ним имело смысл. Если он ведет себя по-детски, то и она должна соответствовать ему, и таким образом он добивается ее регрессии через свою регрессию).

Эриксон: В гипнозе всегда присутствует регрессивное поведение. Вы можете увидеть его и здесь, потому что поведение оказывается вне контекста. Чересчур уж упрощено: “Это приятное имя”.

Хейли: “И его легко писать”.

Эриксон: “Моя мать дала мне его”. “Твои глаза очень красивые и голубые”.

Хейли: Вы говорили так, как говорил бы, вероятно, маленький мальчик: “Моя мать дала мне это имя, его легко писать”.

Эриксон: И я не вызвал взрослой реакции, не правда ли? Я знал, что делать это безопасно, потому что прежде всего...

Хейли: Но вы ведь не пытались вернуть ее в более ранний возраст или в прошлое.

Эриксон: Нет. Я иллюстрировал простоту одиночества. Подчеркивая то, что у каждого есть свой собственный, внутренний контекст. Ни к чему не относящийся: ни к прошлому, ни к настоящему, ни к будущему.

***Э.:* Кстати, вы заметили кое-что во мне? Как вы считаете, почему я ношу это (поднимает трость)?**

***Субъект № 3:* У вас болит нога?**

***Э.:* Вы когда-нибудь видели, как я хромаю?**

***Субъект № 3:* Нет.**

***Э.:* Может быть, вы думаете, что это притворство?**

***Субъект № 3:* Нет.**

***Э.:* Знаете, у меня был приятель, который в течение двух лет называл это притворством. А затем обнаружил, что я хромаю. И он так удивился. Скажите, вы можете держать глаза открытыми?**

Эриксон: Здесь то же самое. Контекст только тот, что вы видите. Только то, что она услышала, только то, что я сказал. Нет связи ни с прошлым, ни с настоящим, ни с будущим. Контекст в полной изоляции.

Хейли: Когда вы въехали в комнату, она видела, как вы пользовались этой тростью, выбираясь из кресла.

Эриксон: Да, это так, потому что я действительно перебирался из своей коляски на стул. Но она не связала эту трость с тем случаем. Это касалось только данного момента. А в психотерапии, если вы можете создать неожиданность момента, часа, дня, события, вы можете работать намного эффективнее.

***Э.:* Вы уверены?**

***Субъект № 3:* М-м-м…**

***Э.:* А я нет. Хорошо. Они закрываются. (Она моргает и закрывает глаза). Хорошо. А сейчас сделайте глубокий вдох, почувствуйте себя отдохнувшей и свежей, и совершенно проснитесь, полностью. Вы можете сделать это для меня? Привет, Сьюзен.**

***Субъект № 3:* Привет.**

***Э.:* Было очень приятно познакомиться. А почему вы держите руку вверху?**

***Субъект № 3:* Я не знаю.**

***Э.:* Вы не знаете.**

Эриксон: Часть фильма была здесь вырезана. Я разбудил ее. У нее были открыты глаза, и я говорил с ней, а где-то продолжали стучать по трубам. И стук продолжался, когда она частично проснулась, и после того, как она окончательно проснулась. Они вырезали большую часть, потому что когда она частично проснулась, она реагировала на грохот лишь отчасти. Полностью проснувшись, она повернула голову и посмотрела. А проснувшись частично, она только сделала легкое движение головой, потому что стимул был получен. Реакция на стимул была стерта трансом, поэтому больше она не реагировала.

Проиллюстрирую это по-другому. Вы предлагаете ребенку конфету, и он протягивает руку. Вы убираете руку. Ребенок, не столь умудренный, как вы, потянется за ней и во второй раз. Один идиот-монгол, которому я сто пятьдесят раз предлагал конфету, тянулся за ней все сто пятьдесят раз. Диагноз. Ни один нормальный человек не будет этого делать. Вы не сможете выдержать сто пятьдесят разочарований. И когда кто-нибудь пристает к вам: “Что ты сказал?” — вы ему бросаете: (смеется) “А ты что сказал?” Полное разочарование, приходится отстать: “Ну ладно, к черту, проехали”.

***Э.:* Та дама в сером. По-моему, это серый. Я ведь еще не**

работал с вами, да? (Эриксон смотрит на следующего субъекта). Хорошо, приведите мне, пожалуйста, даму в сером.

Хейли: Милтон, по-моему, эту вы отпустили намного грубее, чем остальных.

Эриксон: Фильм был сокращен.

Хейли: Из-за сокращений все так выглядит?

***Э.:* (Ассистент перевешивает микрофон с субъекта № 3 на № 4).**

Эриксон: Она очень стремительно поднималась ко мне. Горела желанием.

***Э.:* Итак, скажите мне, как бы вы хотели войти в транс? Быстро и внезапно, без предупреждения, например словно сломав руку или ногу.**

Эриксон: Без предупреждения. Звучит угрожающе. Вы видели, как у нее расширились глаза? Заметили, как изменилось дыхание? Изменилась поза, усилилось беспокойство. Она уже в трансе. Только не знает об этом, а другие не смогли распознать.

Хейли: Если я вас правильно расслышал, вы после угрозы сразу переходите к “например” или к метафоре.

Эриксон: Да. Но я хотел лишь проиллюстрировать угрожающие слова “без предупреждения”. И кроме того, это не было угрозой.

Хейли: И затем вы перешли прямо к “например, словно сломав ногу”, что было уже отдельным высказыванием.

Эриксон: Да.

***Э.:* И вы немедленно перестаете чувствовать боль. Хорошо, сделайте это. ПРЯМО СЕЙЧАС. И погрузитесь в глубокий транс. И вы, и я здесь одни. И ваша сломанная нога уже ни капельки не болит, правда? И она не будет болеть, да? И видите здесь санитарок?**

Эриксон: В этом месте тоже вырезан кусок. У этой дамы на самом деле была сломана нога. Но она не продемонстрировала, что видит нянечек. На лице было выражение: “Ну да, я сделала”.

Хейли: Милтон, к этому хочется кое-что добавить. У вас есть манера играть на грани метафоры. Вы идете от: “Это словно ногу сломать” к “Твоя сломанная нога чувствует себя лучше” — и в такого рода индукциях вы играете с буквальным и метафорическим смыслами. Я подумал, что там вырезан кусок, потому что кое-что мне неясно, но складывается впечатление, что девушка не уверена, сломана у нее нога или нет.

Эриксон: Знаю. Там было слишком много вырезано, чтобы проследить за переходом. Большая часть пропала. Мы можем работать только с тем, что видим.

Хейли: Но это происходит не только с данной сломанной

ногой, но и во многих гипнотических внушениях. “Твоя рука тяжела, как свинец” — а затем сдвигается в “Твоя рука — свинец”.

Эриксон: Да.

Хейли: Вы, пожалуй, это и делали здесь, только немножко по-другому. Потому что вы создали из этого целую сцену. Если бы у нее и правда была сломана нога, сцена была бы больничная. И если бы вокруг были медики, она могла бы оглядеть аудиторию и увидела бы врачей и нянечек.

Эриксон: Мы находились в полуподвале, а аудитория была наверху.

Хейли: И не было зрителей, сидящих напротив вас?

Эриксон: Нет.

Хейли: Я этого не понял.

Эриксон: Там стояла телекамера, и они знали, что их видят наверху по телевизору. Комната была застеклена, поэтому внизу, там, где мы находились, тоже были зрители — водопроводчики, дворники, гостиничные служащие, любопытствующие зеваки, бродяги — кого только не было. Доктор А. не хотела устраивать показ и сделала все таким неприятным. Гостиница сделала его неприятным для меня. Когда она увидела в кадре уборщиков, они вырезали весь переход к нянечкам, а также попавших в кадр интернов, спускающихся по коридору. Они вырезали также... как вы это называете, такой стол для перевозки пациентов с одного этажа на другой? Она увидела других пациентов. Но все это было вырезано.

Хейли: О’кей.

Субъект. № 4: **Да, я вижу других людей.**

Э.: **Вы видите других людей. И вы можете говорить, и слышать. Скажите, вы можете держать глаза открытыми?**

Субъект № 4: **Да.**

Э.: **Действительно можете? Вы знаете, я в этом весьма сомневаюсь. Я действительно сомневаюсь. Они закрываются (Она моргает). До конца. И остаются закрытыми. (Ее глаза остаются закрытыми). Хорошо.**

Эриксон: Вы видели, около трех реплик назад, ее глазные яблоки поднялись вверх. Затем она была вынуждена открыть глаза, и, когда в конце концов закрыла их, она опять подняла глазные яблоки вверх. Вот почему вы велите субъекту закрыть глаза, и смотреть наверх, и оставить глаза в спящем положении.

Э.: **Наслаждайтесь сном, глубоким и мирным, и помните, что в будущем в медицинских или стоматологических целях вы сможете входить в транс очень легко и очень удобно. В любых законных целях. И вы знаете об этом, правда?**

Субъект № 4: **Да.**

Эриксон: Вырезано то, как поднималась ее рука. И все, что я говорил по поводу поднимающейся руки. Уже не помню, что именно.

Э.: **А сейчас ваша сломанная нога исцелена. А сейчас сделайте глубокий вдох и почувствуйте себя совершенно проснувшейся, свежей и полной сил. (Она открывает глаза).**

Эриксон: Здесь было внушение о ходе времени, оно вырезано. Я забыл, то ли я изменил дату с октября на март, то ли что-то в этом роде. Она очень хорошо это сделала. Помню, как спрашивал, много ли снега было на прошлое Рождество. А в том году над Филадельфией пронесся страшный ураган. Ладно.

Э.: **Кстати, как вас зовут?**

Субъект № 4: **Мэри.**

Э.: **Что?**

Субъект № 4: **Мэри.**

Э.: **И вы всегда так держите руку в воздухе?**

Субъект № 4: **Нет, обычно нет.**

Э.: **А почему вы сейчас ее так держите?**

Субъект № 4: **Не знаю. (Смеется).**

Э.: **Не знаете. Знаете, женщины — самые странные существа в мире. Они восхитительны. Вы знаете, половина моих предков были женщины. И я этому очень рад. Что бы я делал без них? Как вы думаете, вы можете держать свою руку вверху?**

Хейли: А почему рука осталась поднятой после пробуждения?

Эриксон: Потому что я поднял ей руку вне общего контекста, делая что-то другое. И поэтому поднятая рука, должно быть, была... Представьте, что вы что-то берете левой рукой, а я в этот момент поднимаю правую. Ваше внимание отвлечено тем, что вы берете, и это никак не связано с правой рукой, она оказывается вне контекста. И правая рука остается поднятой. А левая с свободна и может двигаться абсолютно естественно.

Э.: **Вы раньше видели, чтобы женщина оказывала столь успешное сопротивление? (Смех.)**

Субъект № 4: **Нет.**

Э.: **Не хотите ли увидеть, как она снова оказывает успешное сопротивление? Старайтесь держать глаза открытыми.**

Хейли: Милтон, почему вы говорите так о женщинах именно с ней?

Эриксон: Ну, женщины бывают разные: от мужеподобных до очень женственных. А поведение этой девушки было очень женственным. Вот я это и подчеркиваю.

Э.: **Старайтесь по-настоящему. Изо всех сил старайтесь. Вы можете сделать это еще лучше, старайтесь сильнее. Старайтесь не закрыть их. (Она закрывает глаза.) Вот, хорошо.**

Эриксон: Я несколько раз говорил оператору: “Не наводите камеру на меня. Важен субъект. И мои слова”. Но, как видите, он снимал меня больше, чем следовало, и многое упустил, и фильм получился клочковатым.

Э.: **Знаете, женщины — тоже люди. И слава Богу. Сейчас сделайте глубокий вдох и полностью проснитесь, чувствуя себя отдохнувшей и свежей…**

Хейли: А почему, ради всего святого, вы сейчас сказали: “Женщины — тоже люди”? В этом фильме иногда попадаются моменты, ставящие в тупик.

Эриксон: В этом месте многое вырезано.

Хейли: Но что подсказало вам, что для нее подойдет утверждение “Женщины — тоже люди”?

Эриксон: Фильм был не только порезан, но и неверно смонтирован. Последовательность нарушена.

Хейли: Именно с ней, с последним субъектом?

Эриксон: Да. Последовательность неверна. И я этого не упомянул, потому что не помню всего. Я не могу объяснить переходы в этом отрывке. Не могу ничего сказать о значимости происходящего, кроме того, что фильм был порезан и неверно смонтирован.

Хейли: О’кей.

(Для Эриксона типично вознаграждать субъектов, давая им полезные внушения. Иногда субъект намекает своим поведением на проблему, и Эриксон проводит терапевтическую интервенцию незаметно для аудитории. Эриксон всегда помогал людям, просили ли они его об этом открыто или просто показывали ему проблему. На гипнотических демонстрациях Эриксон обычно давал субъектам полезные для них внушения и делал это так, что аудитория не узнавала ни о самой проблеме, ни о том, как он воздействовал на субъекта. Его последователи порой неверно понимают эту процедуру. Я помню, как один из его учеников, проводя демонстрацию перед большой аудиторией и желая помочь субъекту, попросил ее рассказать о своей проблеме. Женщину заставили открыться перед коллегами и незнакомыми людьми. Эриксон никогда так не работал. Вознаграждая субъектов за добровольное участие в демонстрации, он действовал непрямо и бережно охранял тайну личной жизни. Когда для субъекта проводились личные внушения, он одновременно помогал и тем, кто не просил его о помощи прямо.

Тем из нас, кто обучает терапевтов, часто приходится удерживать их от помощи людям, которые ее не просят. К Эриксону это никоим образом не относится. Не только потому, что он был доброжелательный и этичный человек, но и потому, что суждения его о том, когда нужно воздействовать на человека, а когда нет, были глубоки и проницательны. Дополнительный фактор, часто остававшийся за кадром,— общение с собой он понимал по-особому. Эриксон считал, что если субъект-доброволец показывает ему свою проблему, это не просто сообщение, а просьба о помощи. Как формулирует Грегори Бейтсон: "Каждое сообщение есть одновременно и отчет, и команда ". В этих ситуациях Эриксон воспринимал указание на проблему как команду или просьбу о разрешении обозначенной проблемы. Он и помогал, сохраняя при этом конфиденциальность, так как работал с помощью метафор, и о том, что происходит, мог знать лишь субъект. Часто субъект узнавал о лечении только после появления результатов изменения.

Читатель может предположить, что реакция Эриксона на вопросы об этом субъекте указывает на что-то скрываемое. Вместо того чтобы ответить на вопрос, почему он подчеркнул "женскую тему" в данной индукции, он все упирает на сокращения в фильме. Эриксон подчеркивал женственность этой гипнотизируемой больше, чем у всех остальных. На вопрос он отвечает: "Ну, женщины бывают разные — от мужеподобных до очень женственных. А поведение этой девушки было очень женственным. Вот я это и подчеркиваю". В действительности поведение этой женщины не выглядит женственным. На ней полумужской костюм, и она кажется значительно менее женственной, чем предыдущие субъекты. Даже если ее поведение и было очень женственным, странно, что Эриксон это подчеркивает. Возможно следующее объяснение: Эриксон на основе поведения этой женщины решил, что у нее потребность быть и чувствовать себя более женственной. И поэтому он упирает на то, что мужчина находит ее очень женственной. Это пример того, как он использует свое мужское начало в работе с клиентками. Поскольку Эриксон всегда скрывает проблему клиента, в данном случае он отрицает, что помогал женщине решить ее проблему. После создания тесных отношений с субъектом через подчеркивание ее женственности он затем как бы отступает, показывая ей свою привязанность к жене).

***Э.:* (продолжая) …полной сил, и полностью проснитесь. (Она открывает глаза.) А сейчас ко мне на сцену выйдет самая красивая девушка. Вы не против, что я это говорю?**

***Субъект № 4:* Нет.**

***Э.:* Вы знаете, почему я это сказал?**

***Субъект № 4:* Ваша жена?**

***Э.:* Да, это моя жена. А у меня хороший вкус.**

Эриксон: Итак, как она могла отреагировать на это заявление? Здесь не видно, как я рукой показал оператору на других субъектов, чтобы зрители могли их увидеть. Реакция этой девушки на слова “это моя жена” была иной. Потому что другие девушки в этот момент были в движении. Они реагировали на мои слова, обернувшись к Бетти. А эта девушка не обернулась. Я и она находились в замкнутом контексте. Моей жены в нем не было. Но для других Бетти была, и их головы повернулись. И я указал оператору заснять остальных субъектов, но из фильма этот момент вырезан.

***Э.:* И большое спасибо вам за помощь.**

(В следующей части фильма Элизабет Эриксон демонстрирует самогипноз.)

Я не буду пытаться детально излагать свои соображения по поводу работы Эриксона, но, думаю, несколько общих замечаний будут уместны. Эриксон провел сотни подобных демонстраций на семинарах и встречах врачей. В этой он уделял каждому субъекту лишь по несколько минут, но работал так, будто это были часы. Он продемонстрировал особый подход к каждому субъекту. Иногда он был сильным и решительным, а иногда мягким и ободряющим. Он возлагал ответственность на субъекта и одновременно, сохраняя за ним ответственность, парадоксально брал ответственность на себя. Со всеми субъектами он демонстрировал разные виды непроизвольного поведения, обычно используя каталепсию руки или закрывание глаз. Он работал с прямым внушением и с непрямым воздействием. Снова и снова, разными способами он внушал амнезию. То, как он использовал игру слов, мы здесь не подчеркивали, но это очевидно. Он часто показывал, что у слов много значений и что они меняют их в зависимости от интонации. Например, он мог сказать: “Вы не будете знать об этом” — так, что это значило: “Вы не будете возражать против этого”[5].

Его фразы, как правило, просчитаны, например, когда он говорит: “Вы сделаете это, разве нет?” Своим ученикам он объяснял, что когда субъектам предлагают что-то сделать, некоторые из них думают: “Я не сделаю”. А здесь они не могут сопротивляться, так как Эриксон уже забрал у них отрицание. Это наведение иллюстрирует как сложности парадокса в гипнотических индукциях, так и постоянно присутствующую в сообщении многоуровневость.

Комментарии Эриксона о том, почему он сделал то, что

сделал, как правило, межличностны и контекстуальны. Он часто подчеркивает, что обращается к социальному контексту, когда, на первый взгляд, беседует только с субъектом. Некоторые последователи Эриксона считают, что он не был межличностным в своих взглядах, а уделял основное внимание индивиду, и что я преувеличил его межличностность. Однако здесь он нередко обращает наше внимание на то, что его внушения направлены не только на субъекта, но и на других добровольцев или даже на зрителей. Делает он это, возможно, потому, что знает: я этим интересовался. Его комментарии были посвящены не только анализу фильма, но и его сыну, сидевшему за киноаппаратом, и Маделэйн Ричпорт.

Наблюдая за этой демонстрацией, невозможно заметить, что Эриксон был в тот момент так болен, что с трудом двигался и почти ничего не запомнил из того, что делал. Если он был так искусен во время болезни, можно только вообразить, как он проводил подобные демонстрации, когда был здоров. Я видел некоторые из них и могу только сожалеть, что работа Эриксона снималась на пленку так редко.

9. Типично эриксоновское (1993)

Когда я планировал эту статью, я осознал, насколько сложно пытаться написать что-то новое о Милтоне Эриксоне. Я решил писать о том, что о нем известно, о том, что каждый знает как “типично эриксоновское”. Я опишу некоторые аспекты его подхода и основные отличия от подходов других терапевтов. Кое-какие случаи и положения уже публиковались ранее. Поскольку новые случаи из практики Эриксона в наше распоряжение, к сожалению, больше не поступят, мы должны продолжать разбирать и наслаждаться теми, что нам доступны.

Много лет назад, в 50-х, Рэй Бердвистл, авторитетный специалист в области движений тела, сообщил мне, что, по его приблизительным подсчетам, у Эриксона 5 тысяч верных фанатов. Он был удивлен размерами этой “толпы”. А я поразился, что у психиатра могут быть фанаты. Эриксона знало поразительное число людей, даже несмотря на то, что он работал вне основного течения психотерапии. Если кто-то упоминал о нем, другой тут же говорил: “А вы слышали этот случай с человеком, который мог мочиться только через 50-сантиметровую деревянную трубку?” (Хейли, 1985, с.154). И они начинали обсуждать уникальный подход Эриксона к решению этой проблемы. Когда рассказывали об этом случае, все тотчас же понимали, что это именно эриксоновский случай, потому что он так типичен для Эриксона. Это было нечто такое, чего не делал никакой другой терапевт.

Я уже когда-то говорил, что случаи Эриксона были столь же узнаваемы, как и работы Пикассо. Каждый сразу определял создателя этого произведения. Стиль был уникален и отличался от стиля любого другого художника. Чтобы продолжить параллель, нужно принять во внимание период работы мастера, так как стиль со временем меняется. Ранние картины Пикассо, когда он только отрабатывал технику, были достаточно традиционными и весьма отличались от поздних. Его ранние работы еще носят следы влияния других художников того времени. А идеи Эриксона? Развивал ли он их от более традиционных взглядов, ставящих классификации в центр психиатрии, к большему вниманию к социальной ситуации в реальном мире? Или же он всегда ориентировался на реальность? Каким был его терапевтический подход? Изменялся ли он, развивался ли со временем? По- моему, нет. Увидеть разницу между ранними случаями Эриксона и поздними невозможно.

Наставники Эриксона

Оказали ли влияние другие терапевты и учителя того времени на развитие Эриксона? По-видимому, нет.

Когда мы изучаем работу Эриксона, возникает ряд вопросов. Откуда он пришел? Кто его учителя и предшественники? В рамках какой традиции он работал? У него была отличная подготовка по психиатрии, но думал он иначе, чем его коллеги, которые получили такое же образование. Когда мы пробуем поместить его в какое-нибудь идеологическое обрамление, то обнаруживаем, что ни одна из современных ему школ психотерапии и ни один из учителей не подходят для этой цели.

Большинство терапевтов выражают благодарность тому или иному ученому или практику, ставшему их учителем. Эриксон никогда не упоминал об учителе или о влиянии на свои методы, насколько я помню. Думаю, что он умышленно сводил к минимуму влияние других. Он говорил, что узнал о гипнозе, когда был студентом колледжа и попал на демонстрацию Кларка Холла в Висконсинском университете. Значит, Холла можно назвать его учителем? Эриксон не согласился бы с этим. Он рассказывал, что после демонстрации пригласил субъекта Холла к себе в комнату и загипнотизировал его сам. Осенью он записался на семинар Холла. Значило ли это, что Холл был его учителем? Совсем необязательно. Эриксон рассказывал, что на семинаре основное внимание уделялось гипнотическим техникам, которые он сам разработал летом. Так, может быть, Эриксон учил Холла?

Перспектива изменения

Говоря о психотерапии, уместно выделить два основных теоретических направления, смешивать которые не следует. Одно из них — теория о том, почему люди ведут себя так, а не иначе, и почему они стали так себя вести. Другая — теория изменения, или как его добиться. Эти две теории могут быть и не связаны. Эриксон, даже соглашаясь с теорией, объясняющей, как люди стали такими, какие они есть, выдвигал абсолютно уникальные идеи о том, как их изменять. Кто еще в сороковые годы мог помочь парню, который мочился только сквозь деревянную трубку, так, как это сделал Эриксон? Он требовал, чтобы парень менял материал, размер, длину трубки, пока тот не обнаружил, что его пенис тоже своего рода трубка. Где корни подобного подхода?

Этот случай произошел в 40-е годы, когда Эриксон работал в призывной комиссии. В то время единственной клинической теорией была психодинамическая. Ни семейная, ни поведенческая терапия еще не сформировались. Любой другой терапевт в то время скорее предположил бы, что столь странное

поведение вызвано подавленными бессознательными идеями, которые должны быть осознаны с помощью интерпретаций. А как бы он объяснил деревянную трубку и какое назначил бы лечение? На трубке внимание даже не остановили бы, ибо считалось, что на проявлениях проблемы фокусироваться не следует. Терапевт погрузился бы в серьезную психопатологию, стоящую за этой трубкой и ее символическим значением. У кого Эриксон научился работать именно с проявлением проблемы?

Эриксон признавал ряд психодинамических идей и даже экспериментировал с ними. Он проверял психопатологию повседневной жизни, используя гипноз для внушения бессознательных идей, а затем наблюдая поведение субъектов. В то время он, очевидно, предполагал, что у некоторых людей симптомы являются результатом неосознанных идей, связанных с прошлым. Но то, что он предпринимал для достижения изменения, не было похоже на то, что делали последователи этой теории.

Классический пример — фобия. Считалось, что фобия вызывается прошлой травмой, которую человек вытеснил в бессознательное. Ортодоксальная психотерапия предлагала осознание этой травмы и связанных с ней чувств. Ясно, что терапевтическая интервенция подобного рода не могла бы быть типичной для Эриксона. Даже принимая допущение, что фобия возникла в результате прошлой травмы, работал он с ней совершенно иначе.

Для примера я приведу случай заторможенной молодой женщины, у которой была фобия, связанная с сексом. Предположение заключалось в том, что мать напугала ее разговорами об опасностях секса; затем мать умерла. Эриксон вызвал у молодой женщины регрессию в детство, к моменту, когда мать собиралась сообщить ей столь устрашающие сведения. Он рассказал девушке, что сначала матери дают советы, которые касаются лишь части проблемы, а позже они рассказывают о проблеме полнее — когда видят, что дочери уже достаточно взрослые, чтобы правильно понять их слова. Затем он подвел девушку к моменту, когда мать предостерегала ее от секса, и выразил согласие с ее предостережениями. После этого он обсудил с молодой женщиной, что могла бы мать рассказать ей о сексе, если бы осталась жива. Ведь дочь к тому времени выросла бы и смотрела бы на секс здраво, и мать поведала бы ей о его положительных сторонах. К сожалению, смерть не позволила матери завершить обучение дочки. Теперь пациентка была готова принять то, что мог дать ей Эриксон, — более позитивный взгляд на секс, который, вероятнее всего, дала бы ей мать, если бы не

умерла так рано.

Идеи Эриксона о том, как изменять людей, ставили его особняком от остальных терапевтов. Те строили инсайт в прошлое. Эриксон изменял прошлое, что видно из предыдущего случая, и более полно — в различных случаях с Человеком из Февраля (Хейли, 1986, с. 179. См. также “Человек из Февраля”[6]). То, что Эриксон принял и согласился с негативными замечаниями матери, а затем изменил их, было для него очень типично. Он не осуждал мать или ее взгляды на секс, поскольку они были так важны для дочери. Его идея об использовании техник “приятия” как способа изменить людей до сих пор вызывает споры и непонимание. Терапевтический мир утверждал, что нельзя поддерживать мнение матери о сексе, если ты с ним не согласен. Эриксон же говорил, что, не поддержав его, он не смог бы адекватно общаться с дочерью. Аналогично, Эриксон был жесток с клиентами, привыкшими к жесткому обращению. Он считал, что для взаимодействия это необходимо. Кто в нашей мягкосердечной профессии мог внушить ему эту идею?

Взгляд Эриксона на лечение фобии предполагает, что пациент должен очутиться в ситуации, вызывающей фобию, при этом следует отвлечь его внимание, а затем сформировать у него новый комплекс эмоций и ожиданий. Он заставлял войти в лифт пациента, боящегося лифтов, внушая ему сконцентрироваться на ощущениях в ступнях. Или же готовил человека к пугающей ситуации, заставляя его представлять страхи на экране и тем самым отделять себя от пугающих эмоций. Он мог лечить фобию действием и за пределами кабинета. Однажды, например, пожилой врач пришел к нему на прием в надежде избавиться от “лифтобоязни” (Хейли, 1986, с. 297). Этот врач работал в больнице на шестом этаже и вынужден был преодолевать пешком пять лестничных пролетов. Он боялся ездить в лифте, хотя лифт был абсолютно безопасен, а лифтерами работали весьма квалифицированные молодые женщины. Однако приближалась старость, а вместе с ней и физическая слабость, и ходить по лестнице пешком становилось все труднее и труднее.

Для терапевта есть разные способы объяснить этот страх и его причину и обдумать, как же добиться изменения. А какой подход можно считать типично эриксоновским? Я уверен, что у него могли возникнуть следующие предположения и наблюдения:

1. Эриксон не спрашивал о прошлых травмах, а работал над изменением через действие в настоящем. Судя по всему, он предположил, что фобия будет вылечена, если клиент проедется в лифте, не испытывая страха.

2. Поскольку он работал с симптомом, он поинтересовался

деталями. Так он узнал, что доктор может входить в лифт и выходить из него. Паника возникала, только когда лифт двигался.

3. Как всегда, он внимательно наблюдал за своим клиентом и заметил, что пожилой доктор был очень вежливым, строгим и чопорным человеком.

На основе этих наблюдений и допущений можно ли угадать, какой будет типичная эриксоновская интервенция?

Эриксон пришел в больницу вместе с доктором и они вдвоем осмотрели лифт. Так как доктор мог входить в кабину и выходить из нее, Эриксон выбрал один из лифтов и попросил лифтера, молодую женщину, подержать лифт на первом этаже. Доктор продемонстрировал Эриксону, что может входить и выходить. Эриксон попросил его повторить это еще раз. Однако, когда доктор вошел, лифтер закрыла дверь и сказала: “Я ничего не могу с собой поделать. Мне ужасно хочется вас поцеловать”. Не в меру щепетильный доктор ответил: “Отойдите от меня! Ведите себя как следует!” Девушка настаивала: “Но я просто обязана вас поцеловать!” Доктор приказал: “Сейчас же поднимайте лифт!” Она нажала на рукоятку, и лифт начал подниматься. Между этажами она опять остановила лифт и сказала: “Мы между этажами — здесь нас никто не увидит, я хочу вас поцеловать”. “Немедленно поднимайте лифт!” — воскликнул доктор, и она подчинилась. Его “лифтобоязнь” была вылечена с помощью одной-единственной интервенции.

Использование Эриксоном вспомогательного персонала

Типичным для Эриксона было допущение, что “терапия одной встречи” вполне возможна. Для достижения своих целей он, как правило, использовал вспомогательный персонал — парикмахеров, портных или лифтеров. И это в те времена, когда терапевты считали неприемлемым даже поговорить по телефону с родственниками клиента, а не то что вовлечь в терапию постороннего. Откуда пришла к нему идея использовать вспомогательный персонал, когда этого никто никогда не делал? Он вовлекал в терапию даже своих детей — чего ни тогда, ни, пожалуй, теперь никто не делает. В те дни, если клиент просто спрашивал терапевта, есть ли у того дети, вопрос оставался без ответа. Терапевт, скорее всего, реагировал следующим образом: “Интересно, а почему вы об этом спрашиваете?”

Эриксон считал, что для терапевта очень важно быть лично вовлеченным в проблему клиента. Он не считал, что терапевт должен быть закрыт непроницаемым экраном или играть роль нейтрального наблюдателя. И действительно, именно его личная вовлеченность часто “запускала” желаемое изменение.

Эриксон и инсайт

О том, что Эриксон не принадлежал к психодинамической школе, свидетельствует колоссальное различие между инсайтом в психодинамической терапии и обучающим подходом Эриксона. Он никогда не делал интерпретаций в обычном смысле этого слова. Если терапевт говорит: “Заметили ли вы, что реагируете на своего начальника так же, как на своего отца?” — можно быть уверенным, что этот терапевт — не Эриксон. Эриксон никогда не пользовался фразами типа: “Интересно, что..”, или “Понимаете ли вы, что..”, или “Интересно, почему вы так стремитесь к саморазрушению?” Тем не менее, он много сообщал людям о них самих. Он не помогал хилому парнишке осознать свою зависть к более сильному брату. Он помогал этому пареньку обнаружить, что он стройнее, и подвижнее своего массивного, мускулистого брата. Основное различие между обучающим подходом Эриксона и инсайтом “психодинамистов” заключалось в том, что Эриксон стремился открыть положительные стороны клиента. Но откуда он почерпнул эту идею? В те времена клиническая психотерапия изучала лишь негативные стороны.

Эриксон не обеспечивал клиентам инсайт, напротив, он демонстрировал, что изменение может произойти без понимания клиентом причин проблемы или того, как он ее преодолел. Он стремился изменять людей, не раскрывая причину проблемы, что было для него типично и вызывало наибольшее сопротивление у терапевтов, свято веривших, что только знание о себе приводит к спасению.

Эриксон, очевидно, считал инсайтовые интерпретации грубыми. Терапия его отличалась удивительной вежливостью. Если вы слышите о терапевте, который принимает маниакальные фантазии клиента и работает в их рамках, скорее всего, этот терапевт — Эриксон. Например, одна женщина утверждает, что посреди кабинета Эриксона стоит большой медвежий капкан (Хейли, 1985, с.232). Так как капкана никто не видит, то, говоря на языке психиатрии, его можно считать галлюцинацией. Однако Эриксон не оспаривает существование этого капкана. В присутствии пациентки он каждый раз, выходя из комнаты, осторожно обходил его. Типично эриксоновское поведение.

Другие терапевты отказались бы принимать подобный бред. Они бы сообщили ей, что капкана там нет, и обсудили бы ошибки в ее восприятии мира. Кое-кто решил бы, что капкан — это признак невменяемости и пациентке требуется медикаментозное лечение. А кое-кто посчитал бы просто неэтичным оставлять этот бред неразвенчанным. Эриксон же, по-видимому, считал, что капкан необходим пациентке как способ передать какое-то важное сообщение, и он принял метафору.

Те из нас, кто уже балансирует на краю вечности, удостоились чести общаться с Эриксоном, когда он был физически активен. Он мог с легкостью ездить по городу на машине, посещать клиентов или слетать в Скенектади, чтобы провести там тренинг. Те, кто знал Эриксона уже прикованным к инвалидному креслу, не могут представить, что типичной эриксоновской интервенцией был визит на дому, неприемлемый для традиционно обученных терапевтов. Казалось, Эриксон считал психиатра столь же доступным для пациентов, как семейный доктор в добрые старые времена.

Эриксон часто вызывал изменение так, что никто не понимал, что же произошло. Он не только предлагал изменение без осознания проблемы, а порой и разрешения-то на него не спрашивал. В соответствии с ортодоксальной теорией изменение без инсайта или осознания невозможно, иначе это ненастоящее изменение. Эриксоновский подход вызывал возражения не только у психодинамистов, но и у когнитивных терапевтов, бихевиористов, терапевтов когнитивно-поведенческого направления, проблемно-ориентированных терапевтов и даже конструктивистов.

Позвольте мне перечислить некоторые различия между Эриксоном и терапевтами его времени, а также еще раз задать вопрос, где он научился терапии, противоположной всему существующему в нашей области. Он работал с проявлением проблемы. Он стремился проводить “терапию одной встречи”, но никогда не оспаривал утверждения, что длительная терапия лучше и глубже. Он использовал вспомогательный персонал. Он был лично вовлечен в процесс терапии. Он не давал интерпретаций и не добивался инсайта. Остальные терапевты помогали людям вспомнить каждый болезненно-неприятный случай их прошлого и считали, что помогать забывать — неправильно. Эриксон внушал амнезию и событий прошлого, и событий настоящего. Он принимал то, что предлагали клиенты и не торопился исправлять их представления. Он заходил к клиентам домой. И наконец, он не просто предлагал клиентам мысли, а совершал действия и давал указания.

И в наши дни, присутствуя на каком-нибудь собрании памяти Эриксона, где собираются выдающиеся представители основных школ психотерапии, обнаруживаешь, что большинство из них не являются энтузиастами типичного эриксоновского подхода. Их шокирует изменение без понимания, они предпочитают более рациональный подход при работе с иррациональными проблемами. Без сомнения, источник их идей — ортодоксальная психотерапия. А каков источник идей Эриксона?

Воздействие без осознания

Какие школы психотерапии развивались в 50-е годы? В то время начали развиваться некоторые инновации. Одно из немногих преимуществ возраста состоит в том, что ты видел рождение и смерть разных идеологических и практических течений психотерапии. Я вспоминаю один из первых шагов нового терапевтического подхода и серьезный спор вокруг проблемы изменения без осознания. Это произошло в 50-х в госпитале для ветеранов, где я работал в рамках исследовательского проекта Грегори Бейтсона. Мы развивали терапию, ориентированную на семью. Мы располагались в одном здании с психологами-иссле- дователями, которые работали над тем, что позднее стало поведенческой терапией.

На одном из наших обеденных семинаров два молодых психолога сказали, что хотят представить новую идею. Аудитория состояла из персонала больницы, большинство были психоаналитиками или сторонниками психодинамической идеологии. Лидером этой группы был директор обучающего центра, пожилой, консервативный психоаналитик.

В своем докладе молодые люди изложили способ усиления выражения эмоций, что в то время считалось важным. Если вы хотите, чтобы пациент выражал больше эмоций, говорили они, каждый раз, когда он выражает какую-либо эмоцию, вам нужно кивать и улыбаться. Когда он не выражает эмоций, вы остаетесь бесстрастными. Если вы так сделаете, говорили они, к концу часового приема перед вами будет очень эмоциональный клиент. Директор обучающего центра и его коллеги-психоаналитики отреагировали на доклад негодованием. Директор сказал, что это аморальное, чтобы не сказать хамское, поведение. Воздействовать на человека, когда он не осознает, что вы делаете, — просто недопустимо. Один из молодых докладчиков возразил: “Но мы ведь в любом случае делаем это. Если пациент делает то, что нам нравится, мы реагируем положительно; а если не делает, мы не реагируем”. Директор обучающего центра ответил: “Если вы это делаете, но не знаете, что вы это делаете, — тогда все в порядке!”

Так как мы уже были знакомы с методами Эриксона, применение внушений без осознания этого клиентом нас не шокировало. Это было типично для работы Эриксона в течение многих лет. Он говорил, что пациенту намного труднее сопротивляться указаниям, если он не осознает, что получает их.

Эриксон доказывал, что терапевт должен знать, как воздействовать на клиента за пределами и внутри его сознания, общаясь с ним прямо и косвенно, контролируя выбор слов и изменения голоса. Терапевт должен воздействовать и своей

позой, и движениями. Такой самоконтроль позволит ему подчеркнуть определенные слова в предложении и, говоря одно, предлагать другое, а движениями тела, возможно, внушать третье. Как же это отличалось от работы терапевтов, признававших только словесное взаимодействие!

Здесь мы упомянули две проблемы, связанные с отношением к Эриксону. Во-первых, он стремился менять людей вне их осознания этого. Во-вторых, он не использовал положительного подкрепления в обычном смысле этого термина. Лежат ли корни этих приемов в обучающих теориях бихевиористской школы? Думаю, нет. Он использовал бихевиористские техники еще до того, как они были открыты терапией обучения, но не применял обычное положительное подкрепление, что является главным для этой школы. Он не говорил: “Вы сделали это хорошо...”, или “Отлично...”, или “Мне нравится, как вы сделали... ” И шоколадок для подкрепления реакции он тоже не предлагал. Каждый знал, когда Эриксон одобрял его действия, хотя я не помню, чтобы он хоть раз сказал пациенту: “Ты сделал это хорошо”.

Эриксон и подкрепление

Эриксон однажды сказал мне, что не следует хвалить пациента за нормальные действия. Я вспоминаю об этом, когда слышу, как кто-нибудь из моих студентов обращается к клиенту: “Как замечательно, что вы пришли сегодня вовремя!” Обобщая, можно сказать, что Эриксон не давал обычных положительных подкреплений, потому что считал: человек должен нести ответственность за свои поступки. Поэтому, если клиент справлялся с проблемой, Эриксон реагировал так, как будто улучшение произошло благодаря клиенту, а не ему, направляющему клиента. Кто подкрепляет, тот и властью обладает.

В нашей культуре прочно укоренилась идея о том, что поведение может формироваться под воздействием позитивных подкреплений, и поэтому родители, и терапевты, и любые “руководители” расхваливают тех, кто делает то, что они хотят. Не думаю, что Эриксон так поступал. Возможно, кто-то и может припомнить, как он выражал положительное подкрепление, но не я. Если он и делал это, то лишь когда клиент был в трансе. Тогда он выражал свое удовлетворение успехами субъекта определенным поведением. Конечно, Эриксон формировал поведение и убеждал людей делать то, что он хочет, и даже больше, чем он хочет. Как он это делал? Например, он обязывает ребенка написать тысячу раз одно и то же предложение, чтобы улучшить почерк. Когда ребенок принесет задание, Эриксон не станет хвалить: “Замечательно написано!” Вместо этого он

скажет: “Как четко здесь написана буква “о” или “А здесь “z” лучше, чем там”. И таким образом выделит единицу в классе позитивного подкрепления, не упоминая при этом весь класс.

Даже когда он не выражал положительное подкрепление, каждый знал, когда Эриксон доволен. Например, я много лет мучился и наконец написал книгу “Необычайная терапия”. Я послал ее Эриксону, но одобрительного отзыва не получил. Однако я узнал, что он купил много экземпляров моей книги и раздал их людям. Его одобрение выражалось в действии или как-то иначе, но никогда в словесном подкреплении.

Эриксон, как правило, не использовал для обучения прямую критику. Приведу личный пример. Я лечил женщину, страдающую от фантомной боли в ампутированной правой руке. Я загипнотизировал ее, заставив эту воображаемую руку левитировать. Женщина указывала, где находится рука, когда она “поднималась”. Я решил, что прием получился достойным статьи. Я с гордостью рассказал этот случай Эриксону, но он не никак не отреагировал на мой рассказ, а заговорил о посторонних вещах. Через некоторое время он завел разговор о том, что не следует гипнотизировать человека, фокусируясь на том, что болит. Нужно концентрироваться на том, что приятно. Он сказал, что нельзя лечить гипнозом головную боль, концентрируясь на головной боли. В тот вечер или даже на следующий день я понял, что, скорее всего, не должен был гипнотизировать ту женщину, фиксируя ее внимание на больной руке.

Не используя позитивных подкреплений, невозможно принадлежать к школе поведенческой терапии. Эриксон, похоже, сопротивлялся им и следовал своим путем. И это очень важно. Эриксон был одним из величайших мастеров убеждения. Люди делали то, что он хотел. Если он добивался поведения, которое ему нравилось, без положительного подкрепления, то как же он это делал? Я думаю, необходимы исследования, результатом которых, возможно, станет открытие нового способа мотивации — способа доктора Эриксона.

Эриксон не принадлежал ни к поведенческой, ни к психодинамической идеологии. А можем ли мы сказать, что его идеи основывались на теории систем?

Прежде чем перейти к рассмотрению этого серьезного вопроса, позвольте мне остановиться на идее неосознаваемого изменения людей. В данном вопросе существует вполне оправданное противоречие, и в центре его — Эриксон. Однако это больше, чем просто этический аспект эриксоновских техник. Этим спорным вопросом определяется вся природа психотерапии.

Я всегда считал, что терапевт не должен помогать людям, не

желающим, чтобы им помогали. Однако, если Эриксон делал это, возражений у меня не возникало. Я знал, что он добрый человек, несущий ответственность за все, что делает, и его суждения казались мне глубокими или, по крайней мере, совпадающими с моими. Тем не менее, другие терапевты, пытающиеся следовать Эриксону, не обязательно обладают его добротой или глубиной понимания потребностей людей или непрямых просьб.

Среди многих важных аспектов влияния на людей, не знающих об этом, помимо этических существует два особых момента. Первый: можно ли изменять людей, когда они не осознают перемен? Второй: всегда ли воздействие и изменение в психотерапии требует сотрудничества?

Рассмотрим пример. У супругов проблемы с сексом, и они не желают открыто обсуждать их, но хотят изменить свою сексуальную жизнь. Если Эриксон решит, что им следует измениться, он может воздействовать на них косвенно, с помощью метафоры. Он обсудит с ними какое-нибудь параллельное занятие, например, ужин вдвоем. Обсуждение будет проходить в таком ключе, что под воздействием окажется их сексуальная проблема. Он спросит, любят ли они закуски в начале ужина, для стимуляции пищеварительных соков, или же сразу набрасываются на мясо и картофель. В других случаях он мог провести внушение и вызвать амнезию, чтобы изменение оставалось вне сознания клиента. Он стремился принять ответственность за изменение того, что, по его мнению, следовало изменить.

Когда терапевт влияет на клиента, используя незаметные интервенции, умышленно скрытые от сознания клиента, он ступает на зыбкую почву изменения людей без их на то разрешения или договоренности.

Есть терапевты, которые убеждены, что нельзя изменять людей без их согласия. Эриксон был готов работать без явно выраженного согласия. Например, если клиент приходит с жалобами на головную боль и со следами внутривенных наркотических инъекций на руках, для Эриксона было бы типичным сказать, что в этом случае долг терапевта — излечить человека от наркотической зависимости. И совсем не обязательно доводить это до сведения клиента. Если человек хочет в качестве проблемы представить головную боль, терапевтический акцент будет сделан на ней, для лечения наркомании должны быть найдены косвенные методы. Повторим еще раз: эриксоновская терапия может быть названа терапией вежливости. Он не заставлял людей признавать свои проблемы, как не заставлял их достигать инсай- та, интерпретируя движения их тела.

В отличие от своих коллег-современников, Эриксон считал, что терапевт ответственен за результаты терапии. Это означало, что он обязан использовать свою власть и внушать изменение, когда это возможно. Он также знал, что власть есть результат сотрудничества. Именно в сфере сотрудничества возникает вопрос о неосознаваемом влиянии. Было бы чрезмерным упрощением сказать, что можно проводить терапию, доводя до сведения клиента все, что делается, или же что можно лечить клиента, не подозревающего о ваших интервенциях. Те, кто доказывает, что клиенту следует предоставлять возможность осознавать все, что происходит, недостаточно продумывают всю ситуацию в целом. Клиент никогда не может быть полностью осведомлен обо всем, что делает терапевт. Ведь и сам терапевт не может в полной мере знать все, что делает. Даже если он пытается объяснить клиенту все, достаточно посмотреть запись терапевтической сессии в замедленном темпе, и становится очевидным, что взаимодействие — это слишком сложный процесс для осознанного знания. Рэй Бердвистл подсчитал, что два человека во время беседы обмениваются информацией со скоростью 100 000 бит в минуту. И это заметно, когда изучаешь записи терапевтических сеансов кадр за кадром. Допустим, например, что клиент что-то сказал, а терапевт в этот момент неловко глянул в сторону — и клиент меняет тему разговора. Терапевт даже не знает, что он оказал воздействие, и уж тем более не может обсудить это с клиентом.

Другой аспект осознания еще более сложен. Если терапевт говорит, используя метафору, и клиент реагирует на нее, не зная об этом, может ли это действительно происходить за пределами сознания? Как клиент может реагировать на внушение, если он не осознает этого внушения? Ведь это значит, что внушение не было воспринято.

Позвольте мне привести пример, лежащий в типичной зоне исследовательских интересов Эриксона. Он заметил, что, если гипнотизируешь субъекта и внушаешь ему негативные галлюцинации о столе, стоящем в комнате, субъект не будет видеть этот стол. Стол будет находиться вне пределов его сознания. Однако, если попросить субъекта пройти через комнату, то он обойдет стол. Он не осознает наличие стола, однако обойдет его.

Эриксон описал этот эффект как “подсознательное знание”. Я сказал ему, что это терминологическое противоречие. Если человек знает о чем-то, он, по определению, не может не осознавать этого. Мне казалось, и сейчас кажется, что язык “сознательного и бессознательного” слишком примитивен для

того, чтобы справиться с этими вопросами.

Почему это важно для терапии? Если кто-то дает субъекту директивы вне его осознавания, а субъект реагирует на них адекватно, это значит, что на некотором уровне мозг субъекта принимает сообщение и вступает во взаимодействие. Человек не знает о директиве. Сотрудничество, похоже, возникает всегда, когда один человек воздействует на другого вне его знания об этом. Терапевт предлагает метафору, например обсуждение с супругами совместного ужина в качестве аналогии сексуальных отношений, а супруги выбирают из метафорического сообщения идеи, существенные для них и их проблем. Они выбирают, сотрудничать им или нет, а не реагируют как роботы на указания терапевта. Хотя и не осознают получение метафорического сообщения. На самом деле Эриксон учил: если супруги начинают осознавать параллели в метафоре, терапевт должен немедленно сменить тему. Впрочем, я всегда предполагал, что, когда клиент осознавал, что Эриксон что-то ему внушает, на самом деле Эриксон позволял клиенту фокусироваться на этом, чтобы клиент не заметил другого внушения, которое он как раз и хотел сделать клиенту.

Точно так же, как субъект должен видеть стол, чтобы его не видеть, субъект, получающий метафорическую директиву, должен осознавать аналогию, реагируя на нее бессознательно. Например, когда Эриксон говорил, что супругам следует наслаждаться ужином на двоих, он предполагал, что его рекомендации они отнесут и к сексуальному удовольствию, так как осознают, хотя и бессознательно, это предложение. Все эриксоновские техники рассказывания историй подразумевают коммуникацию через метафору, осознает это “получатель” или нет. Рассказывание историй было важной частью эриксоновской терапии, тогда как его коллеги-современники вообще мало говорили во время сеансов, если не считать фраз типа: “Расскажите-ка мне об этом поподробней”. Кто же научил его рассказывать истории?

Подчеркну и другой аспект сотрудничества. Оно заключалось не только в том, что Эриксон давал указание, а субъект его выполнял. Обычно он давал директиву, а клиент выполнял ее не дословно, а модифицируя. Конечной целью, как правило достигаемой, было сотрудничество.

На основе изложенного можно сформулировать несколько общих положений о “типично эриксоновском”. Он принимал непрямое взаимодействие с клиентом как указание на проблему; он был готов принять ответственность за то, как изменится клиент. Например, на гипнотических демонстрациях субъект-доброволец часто давал ему намек о том, какая помощь

требуется, и он помогал, причем так, что аудитория об этом и не подозревала. Он доверял собственным суждениям о том, что нужно делать. Когда он делал внушения, чтобы воздействовать на людей вне осознавания, то предполагал, что побуждает следовать своим указаниям бессознательное знание клиента. Он также предполагал, что клиент модифицирует его внушение. Некоторые люди боятся самой мысли о том, что терапевт может внушить им свои идеи помимо их сознания. Им следует понять: в данном случае осуществляется гораздо более сложное сотрудничество, чем обычно.

В общем-то, данный вопрос гораздо шире и включает в себя понимание профессии “целителя”. Многим терапевтам нравится посвящать людей в тайны терапевтических теорий. Когда это происходит, клиенты становятся особой элитой, обладающей знаниями по психологии, недоступными широким слоям населения. Противоположным является подход, считающий целью помочь клиенту стать обычным человеком, не обремененным специальными знаниями по психологии. Для Эриксона было типично возвращать людей к норме, не давая им при этом психотерапевтического образования. Эриксон, как правило, считал идеи психотерапии делом терапевта, а не клиента; впрочем, если клиент желал узнать, что происходит, он получал объяснения в пределах, не мешающих лечению. Я помню, как он говорил, что нормальные мужчины и женщины либо вообще не интересуются своим детством и терапевтическими теориями, либо проявляют к этому очень мало интереса.

Системы и семейная терапия

Эриксон любил повторять, особенно приезжающим к нему моим студентам, что он не семейный терапевт. Тем не менее он проводил терапию с супружескими парами и семьями. Как это объяснить? Эриксон предпочитал не причислять себя ни к гештальт-терапевтам, ни к психодинамистам, ни к роджерианцам, ни к экзистенциальным терапевтам, ни к “краткосрочным” терапевтам. Он также не называл себя групповым терапевтом. Я думаю, Эриксону не хотелось принадлежать к определенному разряду в терапевтической классификации. Как большинство хороших терапевтов, он стремился максимально расширить свободу маневра. А это означало работу с клиентами во всем спектре методов и направлений.

Эриксону больше нравилось подходить особо к каждому случаю, нежели следовать определенному методу. Большинство современных ему терапевтов старались найти метод, подходящий для каждого случая. Эриксон не стремился к этому. Носить ярлык, например, “семейный терапевт” означает или не иметь

возможности осуществлять разные интервенции, или быть обвиненным в отступничестве от “школы”. Это также значит оказаться в одном лагере с коллегами, которые могут и не одобрить твои действия. Я сам никогда не хотел называться семейным терапевтом, потому что подобный ярлык ограничивает индивидуальный подход. Очевидно, что любой терапевт средней руки работает именно с семьями и для этого ему вовсе не требуется принадлежать к определенной терапевтической категории.

Эриксон считал, что терапевт получает от клиента то, что ожидает от него получить. Теория систем основана на идее о самокорректирующейся, управляемой системе, которая предотвращает изменение. Если муж в изменениях заходит слишком далеко, жена реагирует на это; если жена — реагирует муж. Если они оба слишком далеко заходят, реагируют дети. Эриксону не нравилось, когда терапевты не ждали, что клиенты изменятся, так как их усилия направлены на стабилизацию системы. Он считал любую форму сопротивления важной, потому что терапевт обязан сломить ее хитростью. Но насколько я понимаю, он не любил, когда сопротивление встраивалось в теорию.

Можно принять академическую позицию и задать вопрос: не лежат ли истоки эриксоновской терапии в семейной терапии? Чтобы на него ответить, необходимо дать определение семейной терапии, а это сделать нелегко. Эриксон обычно работал с семьями, но не так, как другие семейные терапевты. Однако это можно сказать и о любом семейном терапевте, так как в семейной терапии масса различных школ, каждая из которых работает с семьей по-своему.

Изучая эриксоновскую терапию, я часто расспрашивал его о совместных семейных интервью, бывших в то время новинкой для психотерапии. Однако он все-таки чаще встречался с членами семьи по отдельности. По сути своей эриксоновская терапия была индивидуальной. Отдельный индивид — вот та единица, с которой он обычно работал. Терапевт всегда действует в чью-то пользу, и Эриксон считал, что должен действовать в пользу индивида. Впрочем, он был готов увеличить единицу терапии до двух человек. Это могли быть муж и жена, мать и ребенок или терапевт и клиент. Как правило, он не работал с тремя людьми как с одной проблемной единицей и не мыслил в терминах коалиций, как это делают многие семейные терапевты. Конечно, были исключения, но сейчас я имею в виду его типичные методы.

Например, Эриксон однажды рассказал нам с Джоном Уиклендом случай с женщиной, имевшей целый букет сексуальных

комплексов. Эриксон превратил ее в сексуальную особу и даже убедил ее танцевать обнаженной в спальне. Но с ее мужем Эриксон не работал. Мы спросили, разве его не заботит, что мужу придется реагировать на столь неожиданный сексуальный энтузиазм жены? Мы рассматривали ситуацию с точки зрения систем и предполагали, что у этой пары был контракт о закомплексованности жены. Это могло быть ее способом дать мужу возможность избегать сексуальных отношений. Когда она изменилась и у нее появились определенные требования к мужу, брак мог оказаться под угрозой разрушения. И разве задача предотвратить эту проблему не входит в обязанности терапевта? Эриксон ответил, что он так не считает. Он сказал, что если муж пассивно принимал закрепощенность своей жены, то и теперь, когда она изменилась, он пассивно примет изменение. То есть Эриксон, очевидно, не считал, что у проблемы жены была особая функция относительно мужа; он не считал также, что создает треугольник, работая только с женой и пренебрегая мужем. Он работал с женщиной и ее индивидуальными сексуальными комплексами.

Однако это не означало, что он исходил из таких же предпосылок, работая с другими случаями. Например, жена пришла к нему с жалобой на то, что у ее мужа всегда, когда они ложатся в постель, возникает эрекция. (Хейли, 1986, с. 159). Независимо от ее действий Эриксон дал мужу задание мастурбировать перед сном и ложиться к жене в постель уже без эрекции. Жена была польщена, что может сама возбуждать мужа. Муж был польщен реакцией жены. Это семейная терапия? Я не встречал подобного случая ни в одном из журналов по семейной терапии.

Позвольте мне подойти к данному вопросу исторически. Я встретил Эриксона на одном из его семинаров в 1953 году, когда я присоединился к проекту Грегори Бейтсона по коммуникации. Мы приступили к исследованиям гипноза, и я с Джоном Уиклендом часто ездил в Феникс к Эриксону, или он навещал нас, приезжая в Сан-Франциско. Это началось в 1955 году и продолжалось в течение многих лет. Мы начали понимать, что у Эриксона свой, особый подход к психотерапии и исследовали этот подход наравне с гипнозом. В 1956-м, в рамках проекта Бейтсона, я проводил терапию с семьей шизофреника. Тогда же я открыл частную практику как гипнотерапевт и терапевт по вопросам брака. В 1957 году я провел много времени с Эриксоном, обсуждая клинические случаи, ибо нуждался в консультациях по краткосрочной терапии. Эриксон был единственным из знакомых мне терапевтов, использовавших в

работе методы краткосрочной терапии.

С семьей, с которой я работал в 1956 г. в рамках проекта, на самом деле проводилась индивидуальная терапия — без родителей, потому что пациент их боялся. (Это был тот самый пациент, который послал маме в День Матери поздравительную открытку со следующим текстом: “Ты всегда была мне как мать”. — Хейли, 1959, с. 357). Тогда мы не считали, что это семейная терапия. Однако к апрелю 1957 г. мы работали уже с целыми семьями и называли это семейной терапией. Мы начинали думать в терминах теории систем. Я все эти годы консультировался с Эриксоном и к 1956 или 1957 году тоже начал работать с семьями. Проводил ли Эриксон семейную терапию в то время? Все зависит от того, как мы определим этот термин.

В 1959 году в рамках проекта Бейтсона была проведена специальная конференция с Эриксоном, названная конференцией по семейной и супружеской терапии. В то время мы считали Эриксона авторитетом по данному вопросу. По всей стране таких специалистов было не больше двух-трех. К тому времени мы уже применяли его идеи по семейной терапии, а он, возможно, наши. Однако он работал с парами и семьями до нас, поэтому мы не могли быть единственным источником его идей.

Возвращаясь к его типичному терапевтическому подходу, заметим, что он часто представлял клинический случай как индивидуальную проблему, однако работал и с членами семьи, вовлеченными в нее.

Позвольте мне привести один пример, относящийся к тому времени. Я был на практике в Пало Альто, и ко мне подошел пожилой господин. Он спросил, могу ли я вылечить его дочь. Он сказал, что другая его дочь уже была успешно излечена одним терапевтом. Я спросил, почему же он не отведет вторую дочь к тому же терапевту, раз тот был столь хорош. Джентльмен ответил, что не может позволить себе сделать это, потому что, когда он привел свою первую дочь к тому терапевту, тот посадил его на полгода под домашний арест. Вы можете легко догадаться, кто был этот терапевт. Я возразил, что он ведь мог отказаться от домашнего ареста. В ответ он уставился на меня, словно пораженный моей наивностью. В конце концов я все- таки уговорил его отвести дочь к Эриксону, что он и сделал. Интересно, что Эриксон был в достаточно хороших отношениях с этим человеком и, приезжая в Пало Альто, останавливался в его доме. Можно ли назвать это семейной терапией? В каталоге семейной терапии мне не встречалось лечения домашним арестом. Хотя Эриксон, без сомнения, работал со всей семьей, чтобы помочь дочери, иначе он не вовлек бы в лечение отца столь

жесткими методами.

Эриксоновский терапевтический подход поднимает вопрос не о том, семейная ли это терапия, а о том, что такое семейная терапия. Позвольте мне привести некоторые примеры для подтверждения правомерности данного вопроса:

1. Мужчина постоянно жаловался на страх умереть от сердечного приступа, хотя с сердцем у него все было в порядке. Эриксон поручил его жене раскладывать по дому литературу о похоронах каждый раз, когда муж начинал жаловаться (Хейли, 1986, с. 178). Мужчина избавился от страха. Что это было: индивидуальная или семейная терапия?

2. На первых этапах семейная терапия основывалась на теории вытеснения. И поэтому членов семей поощряли к проговариванию и выражению враждебных эмоций, а терапевт в это время указывал им, насколько враждебно они настроены по отношению друг к другу. Основное правило было такое: каждый член семьи может говорить все что угодно, ведь тем самым он избавляется от глубинных, скрытых чувств.

Похоже, что Эриксон придерживался другого взгляда на семью и способы ее исцеления. Он стремился организовать семью таким образом, чтобы при этом добиться определенной цели. Когда он собирал вместе всю семью, ему это было необходимо для контроля над происходящим. Например, у него лечилась семья, в которой мать, отец и дочь постоянно кричали и жаловались друг на друга. Вместо того чтобы поощрять их, он потребовал, чтобы каждый из них жаловался строго по расписанию: 20 минут и по очереди.

При другом, типичном для него подходе, он ограничивал свободное выражение эмоций во время интервью со всей семьей. Например, у него на приеме находились мать, отец и два сына, у одного из которых была проблема. Мать говорила не переставая и не давала другим слова вставить. Эриксон спросил ее, может ли она держать свои большие пальцы так, чтобы между ними было расстояние в четверть дюйма. Она ответила, что, конечно, может. Он попросил ее продемонстрировать. Она показала. Тогда Эриксон сказал, что, пока она занята этим делом, он поговорит с другими, а она послушает, и тогда последнее слово будет за ней. Он задал сыну вопрос, мать тут же начала отвечать, однако расстояние между ее пальцами увеличилось. Эриксон указал ей на это, и она снова обратила свое внимание на пальцы. Ей не удавалось одновременно говорить и следить за своими пальцами, и поэтому пришлось сидеть молча, а Эриксон поговорил с отцом и сыновьями и лишь в конце разговора предоставил ей последнее слово. Организовал бы семейный терапевт интервью подобным

образом?

Многие тогдашние семейные терапевты утверждали, что ни в коем случае нельзя так вести интервью. Не давать члену семьи говорить — такое поведение считалось просто шокирующим во времена, когда целью было свободное проявление эмоций. Я помню, как в начале шестидесятых Дон Джексон, известный семейный терапевт, работавший тогда вместе с нами, проводил интервью с матерью, отцом и их семнадцатилетней дочерью, исключенной из колледжа с диагнозом “шизофрения”. Проводя интервью, Джексон начал говорить с матерью, а дочь стала перебивать их. Джексон сказал дочери, что она должна дать матери договорить, и продолжил беседу. Целью его лечения было не свободное выражение эмоций, а возвращение девочки в колледж. Большинство терапевтов в то время были возмущены коллегой, который не дал высказаться пациенту — а тем более молодой девушке с проблемами.

Во время этого интервью мать заплакала, дочь заплакала и отец, в конце концов, заплакал. Джексон вежливо вывел их из этого состояния, но не скрывал при этом своего раздражения. Большинство семейных терапевтов были бы очень довольны, что все члены семьи начали плакать, ведь так они соприкасались с их истинными чувствами. Джексон же стремился быстрее пройти стадию оплакивания, чтобы скорее достичь цели лечения. Однако никто не может сказать, что Джексон не был семейным терапевтом.

Эриксон не считал поощрение эмоций целью терапии. Он не был заинтересован в том, чтобы доводить людей до слез. Напротив, однажды он спросил меня, что я буду делать, если женщина на приеме слишком долго плачет. Я не нашелся, что ответить. И он сказал, что прекратить потоки слез можно, протянув ей бумажные салфетки и заметив при этом: “А на Рождество я пользуюсь зелеными салфетками”. Это любые рыдания остановит.

3. Муж с женой, страдающие алкоголизмом, пришли к Эриксону и рассказали, что в выходные, сидя дома, чувствуют себя несчастными. Он отправил их в выходные на лодочную прогулку по озеру, чтобы они насладились свежим воздухом. Этот прием можно считать семейной терапией. Многие терапевты рекомендуют парам и семьям делать вместе что-нибудь приятное — путешествовать, проводить отпуск без детей и т.д.

Эриксоновский совет совершить лодочную прогулку был, однако, не из этой области. Обычно он советовал членам семьи делать то, чего они делать не хотят. Он поручил семье отправиться на лодочную прогулку лишь потому, что знал: ни

муж, ни жена не любят кататься на лодке. Более того, они просто ненавидят кататься по озеру. Когда они выполнили его задание, им это настолько не понравилось, что они уговорили Эриксона в следующий раз отправить их в пеший поход. Он разрешил, и они чудесно провели выходные. Я не помню, чтобы Эриксон часто посылал людей за город, чтобы те просто получали вместе удовольствие или проводили вместе отпуск. Трудно представить себе школу семейной терапии, которая не нацелена на прямое поощрение поведения, доставляющее семье удовольствие. Является ли эриксоновский подход семейной терапией?

4. Больничная няня отправилась на прогулку на задний двор больницы и повстречала там парня из обслуживающего персонала этой же больницы. Сидя на скамейке и разговаривая, они обнаружили, что оба находятся в одинаковом положении: он — гомосексуалист, а она — лесбиянка. Для них обоих это было огромной проблемой, ибо в те времена подобная сексуальная ориентация вызывала крайне негативное отношение. Если бы их склонность стала известна, они были бы уволены, а ведь подозрения уже стали возникать. Беседа их сблизила, они подружились и в конце концов решили пожениться, чтобы скрыть от окружающих свою сексуальную ориентацию. Можно решить, что им повезло случайно встретиться. На самом деле все устроил Эриксон. Он предложил няне, не объясняя причины, совершать прогулки на заднем дворе больницы и он же устроил так, что молодой человек оказался там в то же время. Можно ли это назвать созданием семьи?

5. Одна маленькая девочка ничего не умела и отставала в школе. Эриксон каждый вечер приходил к ней домой, играл с ней в шарики, прыгал через веревочку и придумывал другие игры (Хейли, 1986, с.205). Ее родители смотрели косо на такое поведение. Семейная ли это терапия? И если нет, станет ли она ею, когда терапевт объяснит, что он объединяется с ребенком против родителей?

6. В другом типичном для Эриксона случае мальчик страдал энурезом (Хейли, 1986, с.206). Эриксон рассказывал, что мать была очень доброй и старалась помочь своему ребенку. А отец был крикливым, надменным человеком, заявлявшим, что он сам страдал энурезом до 16 лет и почему бы его сыну не быть таким же. Эриксон побеседовал с отцом наедине и внимательно выслушал его. Отец кричал так, словно между ними было расстояние в 60 шагов. Выслушав отца, Эриксон отослал его, а затем начал работать с матерью и сыном над решением проблемы. Ясно, что Эриксон вовлекал в процесс и мать, и отца, и ребенка. И он был очень доволен положительной реакцией отца

на успешное завершение лечения. Это можно назвать семейной терапией.

7. Однажды Эриксон отправил молодого человека жить целый год в полном одиночестве на вершине горы. Может ли это быть семейной терапией? Ясно, что такое задание показывает стремление разорвать все социальные связи этого человека.

8. В пятидесятые годы многие женщины были сексуально закомлексованы, и Эриксон был одним из первых, кто проводил очевидную сексуальную терапию, чтобы помочь им преодолеть свои страхи. В то время сексуальной терапии не существовало, и посему его метод казался опасной крайностью. Эриксон работал и с мужскими комплексами. Вот один из его случаев: молодая супружеская пара пришла с жалобой жены на пуританство мужа, который не получал удовольствия, лаская ее грудь (Хейли, 1991). Эриксон поручил молодому человеку подобрать имя для левой груди жены — в противном случае ему придется примириться с тем именем, которое даст ей сам Эриксон. Было ли это семейной терапией?

Различия

Здесь я хотел бы определить некоторые различия в том, как Эриксон и другие семейные терапевты видели стоявшие перед клиентами проблемы.

В семейной терапии существуют две предпосылки, отсутствующие у Эриксона. Он не работал в терминах “единицы из трех человек” и поэтому не описывал ребенка как попавшего в ловушку между отцом и матерью или выражающего конфликт между терапевтом и родителями. Эриксон не мыслил в терминах треугольника и поэтому не считал, что терапевт, объединяющийся с ребенком против родителей, может усугубить проблему ребенка. Похоже, что он не придерживался и теории мотивации, принятой в семейной терапии. Теория гласит, что молодежь своими трудностями стабилизирует семейную систему. Дети помогают родителям, нанося себе вред. Если сын становится наркоманом или правонарушителем, считается, что это в некотором роде помогает сохранить семью. Если дочь ведет себя вызывающе или убегает из дому, предполагается, что это может быть способом помочь депрессивной матери. Если жена избегает сексуальных отношений, возможно, она тем самым охраняет мужа от признания его собственной проблемы. На мой взгляд, Эриксон не придерживался таких взглядов на мотивацию. А поэтому он не считал, что терапевт, огорчая родителей, может вызвать у ребенка рецидив как реакцию на желание помочь им. Один из способов огорчить родителей — объединиться с ребенком против них.

Проще говоря, если допустить, что проблема ребенка

помогает родителям, возникает два подхода. Один из них — помочь родителям, чтобы ребенок не был вынужден этого делать. Эриксон порой просто говорил ребенку, чтобы он занимался своими делами, а родителей предоставил ему, а уж он о них позаботится. Другой подход — оторвать ребенка от родителей и работать только с ним, а родители пусть сами решают свои проблемы. Эриксон использовал оба подхода. Но я думаю, что некоторые из его неудач случались, когда он объединялся с ребенком против родителей, не считая при этом, что для того, чтобы помочь ребенку, надо помочь и родителям. Он так любил детей и так раздражался, когда родители вели себя по отношению к ним плохо, что иной раз ставил цель спасти детей от их родителей.

Эриксон успешно справлялся с проблемами детей всех возрастов и получал большое удовольствие от работы с детьми. Он обычно не принимал в расчет тот факт, что составляет треугольник с ребенком и его родителями, как не признавал и влияния, которое оказывает на родителей успешность его работы с ребенком. Родители, пытавшиеся помочь своим детям и потерпевшие неудачу, могут испытать огорчение от того, что проблему удалось решить терапевту. Эриксон говорил, что им просто нужно приспособиться к тому, что их ребенок стал нормальным.

В отличие от системно-ориентированных терапевтов, Эриксон иногда советовал юноше или девушке никогда больше не иметь дела с родителями. Порой он запрещал общение между родителями и их детьми. Он иногда советовал не только женам бросить мужей, которые плохо с ними обращаются, но и молодежи уйти от оскорбляющих их родителей. Он верил, что иногда поведение родителей бывает столь несносным и не поддающимся изменению, что молодой личности следует просто порвать любые контакты с ними.

Заключение

Подведем итоги. В чем отличие работы Эриксона от работы тех, кто строго следовал семейно-ориентированной терапии? Эриксон не проводил совместные интервью со всеми членами семьи и не стремился добиваться от них выражения эмоций, как это делали многие семейные терапевты тех лет. Напротив, он обычно беседовал с каждым членом семьи по отдельности и только изредка собирал их вместе. Он не всегда старался добиться общения между членами семьи, если они не общались, как это делал любой сторонник системного подхода. Порой он разделял членов семьи и прерывал их контакты друг с другом. Он обычно не соглашался с тем, что люди могут вредить себе, чтобы

помочь другим. Он не представлял семью в виде треугольника, чаще рассматривая ее как состоящую из индивидов или пар.

Поскольку я описываю здесь аспекты работы Эриксона, которые мне представляются типичными для него, я понимаю, что другим они таковыми могут и не казаться. Например, кого-то может больше интересовать его работа с гипнозом, о которой я здесь практически не писал. Многое зависит от того, в какой период жизни Эриксона человек общался с ним. Я общался с ним в основном в пятидесятые годы, когда он был активен, энергичен и совмещал частную практику с выездными семинарами по всей стране. Другие знали его в преклонных годах, прикованного к инвалидной коляске, когда он все еще был сильным, но уже ограниченным в своих физических возможностях.

Делать какие-либо обобщения по поводу работы Эриксона очень сложно, так как он был разным в разное время и с разными людьми. Он стремился говорить на языке тех, кого обучал. Он обучал с помощью метафор, которые разные люди могли понимать по-разному. Естественно, что, стараясь его понять, мы пытаемся причислить его к определенной психотерапевтической категории. Однако очевидно, что он не работал в рамках какой-либо одной стандартной терапевтической идеологии. Его идеи не основывались на психодинамической теории и не использовали базовый инструмент этого подхода — интерпретацию бессознательного. Он не принимал основные предпосылки бихевиоральной терапии и не использовал ее главный инструмент — четкое положительное подкрепление. Он не принимал теорию семейных систем и ее центральную идею о том, что поведение члена системы является продуктом поведения остальных ее членов. Развивая свой собственный уникальный способ гипноза, он развивал и уникальный терапевтический подход. Сейчас, спустя десять лет после его смерти, мы все еще не можем найти для него место в какой-либо из современных или прошлых модных терапевтических школ.

Поразительно, что терапевт может быть столь широко известен, случаи из его практики могут так широко обсуждаться, а его идеология остается во многом непонятной. Эриксон был человеком, прокладывающим собственный путь. Хотя я помню, как однажды он рассказал о человеке, оказавшем на него большое влияние. Когда Эриксон был маленьким мальчиком, добрый доктор вылечил его и дал ему пятицентовую монетку. Именно тогда Эриксон и решил стать врачом. Возможно, тот добрый доктор не просто пробудил у Эриксона призвание, но и послужил образцом. Потому что, несмотря на всю свою тонкость и глубину, во многих отношениях Эриксон работал как добрый и умный

сельский врач.

Литература

Haley, J. (1959) *The family of schizophrenic: A model system.* Amer. J. Ment. and Nerv. Dis., 1129, 357-374.

Haley, J. (Ed.) (1985) *Conversations with Milton H. Erickson.* Vol. 1. Rockville, Md.: Triangle Press.

Haley, J. (1986) *Uncommon therapy.* New York: Norton.

Haley, J. (Ed.) (1991) *Milton H. Erickson. Sex Therapy: The Male.* Audiotape. Rockville, Md.: Triangle Press.

notes

Примечания

1

Данная статья была впервые опубликована в 1967 г., когда М. Эриксон был еще жив. — Прим. ред.

2

Исследование работы доктора Эриксона было частью проекта Г. Бейтсона по изучению коммуникации. Во многих беседах, посвященных совместному изучению гипноза и гипнотическому подходу к психотерапии, участвовал Джон Уикленд.

3

"Гипноз: его возрождение как лечебной модальности"

4

Большинство людей, к сожалению, представляют себе Эриксона хрупким стариком, разговаривающим с большим трудом. В годы своего расцвета он контролировал звуки голоса и движения своего тела лучше, чем кто-либо из известных мне людей. Это было частью его мастерского влияния на людей. У него была невероятная способность к взаимодействию с людьми. К сожалению, осталось слишком мало видеозаписей. Несколько лет назад я попросил разрешения записывать его работу, но он ответил, что этого делать, пожалуй, не стоит. Он не хотел, чтобы его помнили как беспомощного, с трудом говорящего старика. В конце концов он разрешил съемки, и многие теперь знают его только по последним годам жизни и не представляют, каким он был на вершине своих возможностей.) Я думаю, его успех как психотерапевта частично был результатом исходящей от него силы.

5

В английском языке "know" (знать) и "no" (нет) звучат одинаково. — Прим. переводчика.

6

М. Эриксон, Э. Росси. Человек из Февраля. М., НФ "Класс", 1994.